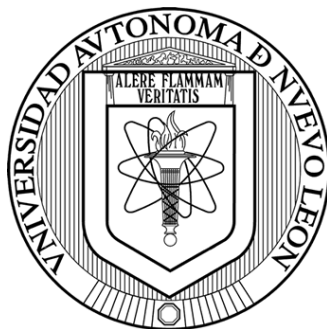


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



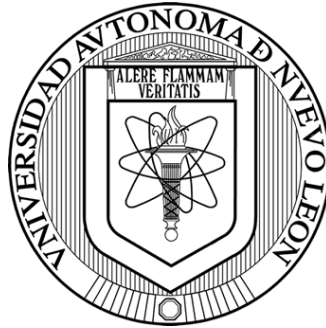
ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO CON EL NIVEL  
SOCIOECONOMICO, OCUPACIÓN Y VECINDARIO

Por  
LIC. MELISSA MÁTAR LIZCANO

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Abril, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO CON EL NIVEL  
SOCIOECONOMICO, OCUPACIÓN Y VECINDARIO

Por

LIC. MELISSA MÁTAR LIZCANO

Director de Tesis

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ, PhD.

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Abril, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO CON EL NIVEL  
SOCIOECONOMICO, OCUPACIÓN Y VECINDARIO

Por

LIC. MELISSA MÁTAR LIZCANO

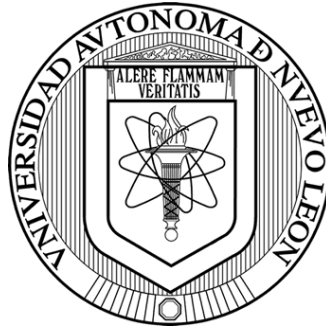
Co - Director de Tesis

DRA.CLAUDIA JENNIFER DOMÍNGUEZ CHÁVEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Abril, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO CON EL NIVEL  
SOCIOECONOMICO, OCUPACIÓN Y VECINDARIO

Por

LIC. MELISSA MÁTAR LIZCANO

Asesor Estadístico

DR. MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Abril, 2021

ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO CON EL NIVEL  
SOCIOECONOMICO, OCUPACIÓN Y VECINDARIO

Aprobación de Tesis

---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.

Director de Tesis

---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.

Presidente

---

Dra. Claudia Jennifer Domínguez Chávez

Secretario

---

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo económico para poder realizar y completar la Maestría en Ciencias de Enfermería y poder seguir creciendo personal y profesionalmente.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo y oportunidad de realizar mis estudios de Maestría en esta institución.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL.

A la Dra. Bertha Cecilia Salazar González, por brindarme el honor y la paciencia de asesorarme y apoyarme para guiarme en este proceso.

A todos los docentes del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL por sus enseñanzas y aprendizajes transmitidos durante este tiempo de formación.

A todos mis compañeros y amigos de maestría y a todas aquellas personas que de una u otra manera me apoyaron para iniciar y finalizar este proceso.

A todos los Adultos Mayores que participaron en este estudio gracias por su participación.

## **Dedicatoria**

A mis padres Yussif Mátar Enríquez y Rosa Elisa Lizcano Rodríguez por haberme forjado en la persona que soy hoy en día; muchas de las cosas que he logrado se las debo a ellos, incluyendo esta tesis. Me formaron con reglas, pero al mismo tiempo con ciertas libertades y siempre me motivaron para que pudiera alcanzar mis sueños. Gracias mamá y papá por ser los principales motores de mis sueños, gracias a ellos por siempre confiar en mí, creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por siempre acompañarme en cada uno de los agotadores y largos años de estudio, donde su compañía fue de suma importancia para mi desarrollo personal; gracias a mi padre por siempre desear lo mejor para mí y luchar para que siempre tuviera todo lo necesario y más en esta vida, gracias por cada abrazo y por cada palabra que fueron mi guía en el transcurso de la carrera, y de mi vida.

A mi hermano Yussif Said Mátar Lizcano por ser mi mejor cómplice enseñarme lo que es luchar por mí misma. Por ser el primer y más duradero amigo.

A mis mejores amigos Josué Coronado Becerril quien ha sido mi mano derecha durante todo este tiempo; te agradezco por tu desinteresada ayuda, por echarme una mano cuando lo necesitaba y por aportar considerablemente en mi proyecto. Te agradezco no solo por la ayuda brindada, si no por los buenos momentos. A Joaquín A. Reyna González quien me brindó momentos tanto de tranquilidad, como momentos y experiencias llenas de emociones durante este proceso y estos años. Al resto de mis amigos y compañeros de clase quienes también apoyaron a hacer este proceso algo divertido.

## Resumen

Melissa Mátar Lizcano  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Abril, 2021

Título del Estudio: ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO, OCUPACIÓN Y VECINDARIO.

Número de páginas: 67

Candidato a obtener el Grado de  
Maestría en ciencias de Enfermería

LGAC: Adaptación y funcionalidad ante el envejecimiento

**Propósito y método de estudio:** Determinar la influencia del nivel socioeconómico, ocupación y vecindario en el estilo de vida de 101 adultos mayores. El diseño fue descriptivo correlacional y el muestreo por conveniencia a través de redes sociales de grupos conocidos. Participaron adultos mayores que manejaran correo electrónico o WhatsApp. La información se colectó mediante la herramienta digital (QuestionPro). El estilo de vida se midió con las subescalas: actividad física, nutrición, toxicidad (tabaco), alcohol, sueño, estrés y control de la salud del instrumento FANTASTIC, el vecindario con la versión corta Neighborhood Environment Walkability Survey, el nivel socioeconómico por el índice AMAI, y tipo de ocupación pasada o presente, actividades que realizaba y personas bajo su mando. Se aplicaron estadísticas descriptivas, Alpha de Cronbach, prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors y estadística no paramétrica. **Contribución y Conclusiones:** El modelo de regresión lineal múltiple fue:  $p < .001$ ,  $R^2$  no estandarizada de 28%. Las variables que explican el estilo de vida son: nivel socioeconómico y vecindario. El estudio confirmó las teorizaciones de Weber sobre que el estatus social y las oportunidades de vida, entendidas como entorno inmediato juegan un papel importante en la elección del estilo de vida.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS**\_\_\_\_\_



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de referencia	6
Estilos de vida	6
Nivel socioeconómico	10
Vecindario	10
Ocupación	11
Estudios relacionados	12
Estilos de vida del AM	12
Estilos de vida del AM y nivel socioeconómico	14
Estilos de vida del AM y vecindario	22
Definición de términos	27
Objetivo general	28
Objetivos específicos	28
Hipótesis	28
Capítulo II	
Metodología	29
Diseño	29
Población, muestreo y muestra	29
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	29
Criterios de eliminación	30
Instrumentos	30
Procedimiento de recolección de datos	33
Consideraciones éticas	34

Contenido	Página
Plan de análisis estadístico	35
Capítulo III	
Resultados	37
Capítulo IV	
Discusión	44
Conclusiones	46
Limitaciones	47
Recomendaciones	47
Referencias	48
Apéndices	55
A. Medición de NSE medido por AMAI	56
B. Instrumento FANTASTIC	58
C. Instrumento NEWS	60
D. Ficha de datos sociodemográficos y de salud	65
E. Carta de Consentimiento Informado	66

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Plan de análisis	36
2. Frecuencias y proporciones del nivel socioeconómico AMAI	38
3. Datos descriptivos y prueba de normalidad de las variables de interés	39
4. Prueba U de Mann- Whitney de vecindario por nivel socioeconómico	40
5. Datos descriptivos y de dispersión del vecindario según NSE	40
6. Frecuencia de actividad gerencial y no gerencial por nivel socioeconómico	41
7. Datos descriptivos de caminabilidad del vecindario por tipo de ocupación	41
8. Medianas y Prueba U de Mann- Whitney de estilos de vida por ocupación	42
9. Datos descriptivos de estilo de vida de acuerdo con el nivel socioeconómico	43

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global. Se estima que en el mundo entre los años 2015 y 2050, la proporción de habitantes mayores de 60 años se duplicará del 12% al 22%; en números se espera que dicha población pase de 900 millones a 2,000 millones. Esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad infantil y por enfermedades infecciosas, en los países de ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2017). Por lo que la sociedad debe adaptarse para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015, pp. 1-25).

En ese sentido en recientes décadas México ha experimentado descensos en mortalidad y en fertilidad (United Nations, 2011). Lo que se refleja en un aumento de la población de adultos mayores. Este grupo etario pasó de ser del 6.2% en 2010, al 7.2% en 2015 del total de la población de México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015).

Se sabe, además, que la esperanza de vida de la población mexicana se duplicó entre los años 1930 y 2014 con una ganancia de más de 43 años en las mujeres y 39 años en los hombres, ello representa grandes desafíos para el sistema de salud (Centro de Documentación [CEDOC], 2016). Estimaciones indican que del 20% de la población en México que vive en condiciones de pobreza, el 30% son adultos mayores (Águila, Kapteyn, Robles & Weidmer, 2011) y por tanto con menor disponibilidad de servicios de salud que a su vez afectan su salud y sus estilos de vida (López-Ríos, 2018).

Las principales causas de mortalidad se atribuyen a estilos de vida no saludables (Giudice et al., 2012), mismos que se vinculan con el entorno donde se desarrolla la persona (trabajo, vivienda). Según Rowe y Kahn (1998) los factores clave para un envejecimiento con éxito son mantener un riesgo bajo de enfermedad, un alto nivel de

compromiso con su comunidad y una alta función física y cognitiva. Dichos autores sostienen que la forma de vida (estilo de vida) determina la salud y vitalidad, incluso previene o retrasa enfermedades crónicas. En este sentido, la Carta de Ottawa (1986) indica que la salud se vive en el día a día incluyendo centros educativos, laborales y sociales. Dicha declaración es sugerente de que los estilos de vida se extienden a esos ámbitos. Por lo que el entorno que rodea a la persona es importante para el estilo de vida saludable.

Un estilo de vida saludable involucra hábitos en la vida diaria que ayudan a las personas a mantenerse más sanas y con menos limitaciones funcionales. Para llevar una vida sana es importante enfocarse principalmente, en dos aspectos: la dieta y el ejercicio físico. En el área de enfermería, Pender, Murdaugh y Parsons (2011) refieren que el estilo de vida comprende actividades discrecionales que forman parte regular del patrón diario de vida e influyen significativamente en el estado de salud. Señalan los siguientes como componentes de un estilo de vida saludable: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y el manejo del estrés (pp. 94-108).

De acuerdo con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2015) el ritmo de sueño, la salud mental, evitar la ansiedad, depresión y reducir el consumo de sustancias tóxicas pueden favorecer a un estilo de vida saludable. Todas estas condiciones favorecen que una persona lleve a cabo actividad física, dieta saludable, duerma bien y no tenga estrés.

En otro orden de ideas López-Ríos, (2018) señala que el desarrollo socioeconómico afecta los estilos de vida de las personas. El desarrollo socioeconómico de los individuos asociado a sus ingresos económicos, como producto de la ocupación, y a la vez a beneficios y oportunidades de vida. Generalmente un mayor ingreso económico se relaciona con una ocupación de mayor jerarquía en la que se involucran actividades gerenciales que implican elecciones, toma de decisiones, entre otras. El

estilo de vida adoptado, en parte, es una elección o decisión.

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI, 2018) el índice socioeconómico (NSE) es la regla que clasifica a los hogares y sus integrantes de acuerdo con su bienestar económico y social; en el sentido de qué tan satisfechas están sus necesidades de espacio, salud e higiene, comodidad y practicidad, conectividad, entretenimiento dentro del hogar, y planeación y futuro. Acorde a la fórmula del AMAI (2018), los hogares se clasifican en siete niveles, considerando las características del hogar, nivel educativo alcanzado por el jefe del hogar.

Dicha clasificación es en función de los datos recolectados por el AMAI, en los que encontraron que al menos el 30% de la población mexicana vive con un nivel socioeconómico caracterizado porque el jefe de familia tiene estudios de primaria completa, sin internet en la vivienda, menos de la mitad del ingreso se encuentra destinado a la alimentación y educación. En cambio, un 15%, se caracteriza porque el jefe de familia cuenta con estudios mayores a primaria y casi la mitad del ingreso se destina a la alimentación, mientras otro 11% de la población se encuentran en pobreza extrema (AMAI, 2018).

Monterrey se encuentra dentro de las ciudades con mayor riqueza per cápita. La zona metropolitana de Monterrey se distribuye de la siguiente manera, el 11% de la población se ubica en un NSE alto, 35% en NSE bajo y el 54% en NSE medio.

En México los programas sociales constituyen la primera fuente de ingresos de algunas personas de 80 años y más (71.0% de las mujeres y 67.1% de los hombres). Una proporción importante (58.4%) de hombres y (31.6%) mujeres mayores reciben ingresos por su actividad laboral. Las transferencias bancarias (59.3%) provenientes de la familia son la principal fuente de ingresos de las mujeres, mientras que el trabajo o negocio (58.4%) es la fuente de ingreso de los hombres. En ambos casos, los ingresos disminuyen conforme aumenta la edad (Instituto Nacional de las Personas Adultas

Mayores [INAPAM], 2014, p.16).

En ese sentido la disminución de ingresos económicos en la vejez, la prolongación en la esperanza de vida y los cambios en los arreglos residenciales y familiares, son factores que han contribuido a que la población adulta mayor permanezca activa ejerciendo su ocupación (Millán-León, 2010). Como ya se señaló previamente el entorno contribuye al estilo de vida y no como se pensaba en la década de los 70's que la longevidad sólo estaba determinada por factores genéticos (Gutiérrez, 2010).

Las deficiencias funcionales, así como los niveles de inactividad, pueden verse exacerbados por los contextos ambientales en los que viven los adultos mayores. Al contrario las oportunidades que el vecindario brinda para participar de manera segura en la movilidad activa (es decir, caminar o andar en bicicleta para hacer mandados) pueden ayudar incluso a los adultos mayores con problemas de movilidad a evitar una mayor discapacidad y dependencia.

El entorno (vecindario) en el que el adulto mayor vive, puede también influir en su bienestar físico y emocional. Cuando se habla del vecindario, es necesario evaluarlo desde diversas disciplinas de las ciencias sociales, como geografía y psicología, ya que éstas han realizado aportaciones para comprender la importancia del entorno físico-construido y entorno social, en la experiencia de los adultos mayores en su proceso de envejecimiento (Sánchez- González, 2015). La geografía del vecindario puede favorecer o entorpecer el estilo de vida y con ello la salud mental y las relaciones sociales entre vecinos.

De acuerdo con Shigematsu como se cita en Sánchez- González (2015) el vecindario, debe ser analizado a través de distintas escalas geográficas: macro, meso, y micro. El nivel macro se refiere a la región, el nivel meso al vecindario y el micro a la vivienda. Recientes estudios destacan la relevancia del vecindario (urbano y rural), como espacio de las esferas privada y pública, en el bienestar físico-psicológico. Desde de la década anterior se enfatiza la relevancia del paisaje y los espacios públicos en el

vecindario (Peace, Holland & Kellaher, 2006), a fin de potenciar los estilos de vida saludables, la recreación y las conexiones sociales en adultos mayores.

En otro orden de ideas Miralles, (2010) señala que la calidad de vida de una persona no solo debe medirse con índices económicos, sino que es fundamental conocer cómo las personas pueden sentirse como tales, en ese sentido puede decirse que la ocupación es un factor importante que influye en el estilo de vida durante el proceso de envejecimiento en los adultos mayores. De acuerdo con este autor los adultos mayores participan activamente en una diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana.

Algunos adultos mayores desempeñan alguna tarea remunerada como la costura, el cuidado de enfermos, la docencia, la producción artesanal, el comercio o la profesión que han realizado a lo largo de toda su vida. Otros realizan actividades de manera voluntaria (Miralles). Estas tareas, salvo la profesión y dependiendo del puesto, no sugieren actividades de tipo gerencial. Sin embargo, en su juventud pudieron haber desempeñado puestos gerenciales que implicaban actividad cognitiva de orden superior. En ese sentido Miralles afirma que la participación es baja en el caso de una ocupación gerencial como trabajadores de la educación o funcionarios en áreas de dirección.

Con respecto a las jornadas laborales lo hacen con mayor frecuencia en horarios de 35 a 48 horas semanales. Las jornadas de las mujeres son de 15 a 34 horas, con 30.0% aproximadamente. Tanto mujeres como hombres mayores trabajan jornadas de más de 48 horas semanales 17.2% y 24.4%, respectivamente (Centro de Documentación [CEDOC], 2016).

Retomando que el nivel socioeconómico se relaciona con mejores oportunidades de vida entre las que está incluido el entorno o vecindario de la persona, se considera importante describir las características del vecindario en función de las facilidades relacionadas a estilos de vida (actividad física, estrés, actividades de ocio, entre otras). Un vecindario con facilidades para caminar (caminable), aceras que permitan caminar, parques y áreas verdes pueden contribuir a la actividad física y de ocio. Un elemento



importante para que el adulto mayor camine en su vecindario es la seguridad, misma que también está relacionada con el nivel socioeconómico.

La evidencia previa sugiere que el estilo de vida puede explicarse a partir de las variables del nivel socioeconómico, tipo de ocupación presente o previa y vecindario. Sin embargo, no se localizaron estudios que relacionen la ocupación de tipo gerencial donde la persona toma decisiones sobre el trabajo de personas a su cargo y ocupaciones en las que la persona acata órdenes y los estilos de vida. Además, en México no se encontraron estudios sobre el NSE y los estilos de vida en personas adultas mayores, y debido a las inconsistencias en los estudios en otros países, no se puede dar por hecho que determinado NSE tendrá un bajo o alto, sano o no sano estilo de vida.

Por lo que conocer los estilos de vida de acuerdo con el NSE, ocupación y vecindario permitirá promover estilos de vida en función (NSE y vecindario) ya que enfermería tiene un rol importante en la promoción de estilos de vida, además de tener una posición privilegiada para ello en la comunidad. Por lo que se hace la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo influye el NSE, la ocupación y el vecindario en el estilo de vida?

### **Marco de referencia**

A continuación, se presentan las aportaciones teóricas de Weber, Bordieu y Giddens en torno a estilos de vida, enseguida se describen los conceptos de nivel socioeconómico, ocupación y el vecindario. Estos últimos por estar relacionados a las oportunidades de elección de estilos de vida.

#### **Estilos de vida.**

Cockerham, Rutten y Abel (1997) desarrollaron el concepto de estilos de vida aplicable a lo que llamaron modernidad (post revolución industrial). Lo hicieron con base a teóricos clásicos que hablaban de los estilos de vida, basándose principalmente en Weber (enfoque sociológico). Weber vinculó el estilo de vida con el estatus social cuya característica es “el honor o el prestigio”. De acuerdo con Weber el estatus social, juega

el papel más importante en los estilos de vida, ya que ve la clase social estrictamente como un reflejo del nivel de ingresos, propiedad o habilidad económica de una persona. Los grupos de estatus social de acuerdo con Weber se originan al compartir estilos de vida similares o como medio para preservar un estilo de vida en particular. Weber hizo la observación de que los estilos de vida no se basaban tanto en lo que la gente producía, sino en lo que consumía.

Weber como se cita en (Cockerham, Rutten & Abel 1997) utilizó tres términos para explicar su concepto de estilo de vida: estilización de la vida, conducta de vida (elección), y oportunidades de vida (la probabilidad de realizar elecciones de vida), estos dos últimos son componentes básicos del estilo de vida. En general la aplicación de la teoría de Weber en la actualidad es que los estilos de vida están asociados a grupos formados de acuerdo con el estatus (por lo tanto, son principalmente un fenómeno colectivo, más que individual), también representan patrones de consumo, no de producción y están formados por la interacción entre las opciones y oportunidades que da la vida. La elección juega un papel importante, sin embargo, la elección no solo está limitada, sino que es moldeada por las oportunidades de vida.

Cockerham et al. citan también a otro teorista Bourdieu que describe cómo operan los estilos de vida; dicho teórico estableció los estilos de vida de la siguiente manera: las condiciones objetivas de la existencia se combinan con posiciones en la estructura social para producir hábitos que consisten en un sistema de esquemas que generan prácticas y acciones clasificables específicas que resultan en un estilo de vida. Señalan también que, aunque los individuos eligen sus estilos de vida, no lo hacen con total libertad, ya que los hábitos los predisponen a otras opciones. Pueden elegir, rechazar o modificar dichas opciones, sin embargo, según Bourdieu las personas tienden a ser consistentes en sus hábitos.

Mientras que los hábitos producen estilos de vida, Bordieu consideraba que los estilos de vida en sí mismos son un sistema de prácticas clasificadas y que implican

diferentes gustos, por ejemplo, comida, música, deporte, actividades de ocio, entre otros. Todas estas prácticas expresan también una distinción de clase, género y etnia. Si bien los estilos de vida se extienden más allá de los límites de las clases sociales, se originan normalmente en un grupo de estatus social en particular o bien son distintivos de él. Por ejemplo, las diferentes clases sociales tienen diferentes estilos de hacer ejercicio, de comer y vestirse.

Cockerham et al. refieren a Giddens como otro teorista que se centra en los estilos de vida de la modernidad es decir posterior a la revolución industrial, ya que ésta influyó en los estilos de vida contemporáneos. Giddens (como se cita en Cockerham, Rutten & Abel 1997); explica que difieren de muchas formas del orden social por su impacto global y el grado en el que debilita las costumbres y los hábitos tradicionales, es decir, cuantas más tradiciones pierden influencia más personas se ven obligadas a negociar estilos de vida entre una variedad de opciones locales (urbanización) y cada vez más globales. Por consecuencia la modernidad promueve una diversidad de estilos de vida, donde incluso las personas de clase social baja tienen opciones disponibles.

Una pieza central para Giddens es la dualidad de la estructura y la acción en los estilos de vida, explica que no son independientes sino co-dependientes. Señala que la estructura no es posible sin acción en virtud de que la acción reproduce la estructura. A su vez la acción nos es posible sin estructura porque la acción comienza con una estructura dada resultante de acciones previas. De manera que la conducta está incorporada a una estructura que contribuye a la continuación o cambio de la estructura. Las estructuras no están predeterminadas, sino que evolucionan a través de la interacción social.

Los estilos de vida tienen un patrón de comportamiento con normas, valores y límites, sin embargo, las oportunidades de vida (entorno inmediato) obstaculizan la modificación de los estilos de vida. En resumen, los autores enfatizan diferentes matices; Weber se preocupaba por el estatus social, Bourdieu por el gusto o preferencia

y Giddens por la identidad propia, por lo tanto, estos tres teóricos encuentran que los estilos de vida reflejan distinciones importantes entre las clases sociales. Las diferencias que existen en los estilos de vida basados en clase social residen en la interacción entre la elección y el azar (oportunidad), Weber y Giddens hacen hincapié en la elección y Bourdieu en los efectos de la estructura. En suma, con respecto a estilos de vida, estos teóricos hacen alusión al consumo, elección de vida y hábitos.

Estas teorizaciones pueden llevarse al campo de la salud en lo que se denomina estilos de vida saludables entre los que se encuentran alimentación saludable, ejercicio, actividades de ocio, entre otros. Aplicando lo anterior, en la decisión de adoptar un estilo de vida saludable, probablemente el individuo de clase media o alta asuma un mayor control interno en lugar de depender completamente de fuerzas externas como el entorno y personal de salud que el individuo de clase baja. En ese sentido el tipo de ocupación, involucrado en el puesto de trabajo, dada por toma de decisiones, mando o por el contrario tareas repetitivas o trabajo manual, acatar órdenes o tareas sugieren un mayor o menor control interno para decidir el estilo de vida.

Existen diversas formas de medir estilos de vida, Walker, Kerr, Pender y Sechrist (1990) consideran las siguientes dimensiones: actividad física, nutrición, manejo de estrés, relaciones interpersonales, responsabilidad en salud y crecimiento espiritual. El instrumento FANTASTIC de Wilson y Ciliska (1984) contempla las siguientes dimensiones F: familiares y amigos, A: actividad física, N: nutrición, T: toxicidad A: alcohol, S: sueño y estrés, T: tipo de personalidad y actividades, I: imagen interior y C: control. Para fines de este estudio se aplicarán algunas dimensiones de este último (actividad física, nutrición, toxicidad, alcohol, sueño y estrés y control de salud), por considerar que los reactivos son más concretos y apropiados para el adulto mayor que el cuestionario de estilo de vida II (revisado por Walker, Sechrist & Pender, 1995).

En conclusión, se puede decir que el estilo de vida es una elección de la persona moldeada por las oportunidades de vida. Por lo que es importante considerar el entorno

formado por nivel socio económico, ocupación y el vecindario. A continuación, se abordan dichos conceptos.

### **Nivel socioeconómico.**

El índice del Nivel Socioeconómico ([NSE] AMAI, 2018) es una regla con base en un modelo estadístico que sirve para clasificar a los hogares mexicanos en niveles socioeconómicos en función de la capacidad adquisitiva de los miembros de la vivienda. El desarrollo del modelo considera seis dimensiones del hogar: “escolaridad del jefe del hogar, número de dormitorios, numero de baños completos, número de personas de 14 años ocupadas laboralmente, número de autos y tenencia de internet”, (<http://nse.amai.org/nse/>). De acuerdo con esta regla el NSE se clasifica en siete niveles que van desde pobreza extrema a nivel alto. (Apéndice A)

De acuerdo con Vera-Romero, O. E. y Vera-Romero, F. M. (2013) el nivel socioeconómico es una medida que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación con otras personas. Por lo tanto, analizar el nivel socioeconómico de una familia, incluye tres aspectos básicos: ingresos económicos, nivel educativo y ocupación (Gottfried 1985; Hauser, 1994).

### **Vecindario.**

Ross y Mirowski (2008) refieren que el nivel socioeconómico del vecindario afecta la salud de los residentes más allá de su estado socioeconómico personal, afectando las oportunidades de vida saludable. En la medida en que las personas menos favorecidas se concentren en áreas definidas geográficamente, la desventaja socioeconómica puede volverse característica de vecindarios, ya que vivir en un vecindario “pobre” sugiere que la mayoría de los vecinos son “pobres”. Los lugares desfavorecidos tienen pocos recursos y pocas oportunidades de tiendas de comida saludable, servicios de salud, espacios para actividades recreativas y ejercicio. Paralelamente al nivel socioeconómico personal, el nivel socioeconómico del vecindario

tiene tres elementos: educación, trabajo y recursos económicos.

Los niveles de educación del vecindario podrían indicar "capital humano colectivo". Si los vecinos pueden comunicarse con éxito, negociar, encontrar información y usarla, podría beneficiar la salud y ayudar a mejorar el vecindario, por ejemplo, servicios de salud accesibles, centros para adultos mayores, tiendas, parques con áreas verdes, protección policial, vialidad y condiciones de calles y aceras adecuadas. Para fines de este estudio se hará referencia al vecindario como caminabilidad del vecindario, esto en virtud del nombre del instrumento que fue utilizado.

### **Ocupación.**

La ocupación aporta con frecuencia a los individuos una sensación de logro y de ser un miembro útil para la sociedad. La ocupación involucra fundamental dos tipos de actividad, una mental y la otra más de tipo manual. La de actividad mental implica pensar, toma de decisiones, lograr que otros desempeñen determinadas tareas. La de tipo manual sugiere actividades repetitivas para cumplir con lo encomendado por el jefe. Por se pregunta si el hecho de tener o haber tomado decisiones durante su vida laboral o no influyen en el estilo de vida, por ser también una decisión.

Por otra parte, a través del trabajo las personas pueden integrarse en un entorno social más amplio, con resultados positivos sobre su propia identidad, mientras que la jubilación puede conducir al aislamiento y a la soledad, porque se reducen los contactos y las relaciones sociales. Pero, por otro lado, el nivel de actividad y de ocupación que requiere el trabajo puede reducir el tiempo que el individuo le dedica a su familia y a la interacción social, convirtiéndolo en una demanda física y mentalmente exigente desde un aspecto negativo, y esto es particularmente cierto en las zonas rurales, donde la jubilación ofrece a muchas personas la oportunidad de descansar y de disfrutar de la recompensa largamente esperada después de toda una vida de trabajo (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2010).

## **Estudios relacionados**

En este apartado se presentan los estudios encontrados sobre salud en el adulto mayor, nivel socioeconómico y vecindario seguidos de la edad e inequidades socioeconómicas en salud.

### **Estilos de vida del AM**

Deluga et al. (2018) sugieren que un estilo de vida saludable puede ayudar a las personas mayores a mantener su capacidad funcional. Aspecto importante de la promoción de la salud ya que las personas tienen cierto control sobre los factores del estilo de vida. Este estudio analizó el estilo de vida de los adultos mayores de áreas urbanas y rurales utilizando el instrumento FANTASTIC (familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, tipo de personalidad, perspicacia, cuidado y control).

La población se conformó por 138 adultos mayores de 65 a 94 años. Los participantes de áreas urbanas fueron 78 (56.5%) y rurales 60 (43.5%). El estilo de vida general de la mayoría de las personas mayores fue "excelente" (45.7%) o "muy bueno" (41.3%); ninguno calificó en la categoría más baja: "necesita mejoras". Los dominios que mostraron puntajes bajos fueron actividad, nutrición, visión, sueño, estrés. Los participantes de áreas rurales obtuvieron puntajes más bajos en la actividad ( $p = 0.017$ ) y nutrición ( $p = 0.015$ ), que los de áreas urbanas.

Encontraron diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en el puntaje global ( $p = 0.011$ ) y los dominios de nutrición ( $p = 0.017$ ), tabaco y toxinas ( $p = 0.022$ ), y alcohol ( $p < 0.0001$ ). Las mujeres eran significativamente más propensas que los hombres para llevar estilos de vida más saludables en relación con dieta saludable, y un menor uso de toxinas como el alcohol y el tabaco. Hubo diferencias entre grupos con diferentes niveles de educación en los dominios de puntaje global ( $p = 0.031$ ), nutrición ( $p = 0.015$ ) y alcohol ( $p = 0.022$ ). Las personas con educación superior obtuvieron puntajes más altos. Señalan que la adopción de actividades de estilo

de vida saludable, especialmente una dieta equilibrada regular y actividad física adecuada, puede ayudar a prevenir limitaciones funcionales en los adultos mayores de zonas rurales.

Durán, Sánchez, Valladares, López, Badilla y Herrera (2017) tuvieron como objetivo evaluar la asociación, entre la práctica de actividad física y estilos de vida saludables en personas mayores, realizaron un estudio transversal, seleccionaron la muestra por conveniencia y consistió en 1688 Adultos Mayores (60,6% mujeres) de Chile, quienes fueron reclutados de Centros de Salud Familiar. Incluyeron en el estudio Adultos Mayores de ambos sexos, de 60 años o más y autónomos.

Para evaluar si los Adultos Mayores eran autónomos o no les realizaron una prueba de funcionalidad (EFAM- Chile) en la cual debían obtener un puntaje  $\geq 43$  puntos, posteriormente se efectuó una evaluación antropométrica de peso corporal y estatura bípeda. De acuerdo con los autores la determinación del peso fue realizada con un mínimo de ropa, utilizando una balanza electrónica de precisión (GAMMA) y la estatura se midió con un tallímetro que está incorporado a la balanza después calcularon el IMC para establecer la clasificación ponderal del estado nutricional del Adulto Mayor de acuerdo con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

El 24% de los participantes encuestados declararon practicar actividad física al menos tres veces por semana, sin diferencias de género, notaron que el Sedentarismo aumentó junto con la edad. Encontraron una asociación negativa entre baja actividad física y estilos de vida saludables (probabilidades relación (*OR*): 3.2 intervalos de confianza (*IC*): 2.3-4.5). También había una asociación entre sedentarismo y baja autorrealización (*OR* 2.4 *CI*: 1.8-3.3), baja responsabilidad con la salud (*OR* 1.6 *CI*: 1.2-2.1), poca preocupación por la nutrición (*OR* 1.8 *CI*: 1.4-2.4), bajo estrés en gestión (*OR* 2.0 *CI*: 1.5-2.7) y bajo apoyo interpersonal (*OR* 2.0 *CI*: 1.5-2.6).

Por lo tanto, concluyeron que el sedentarismo se asocia de manera negativa con todos los aspectos referentes a los estilos de vida promotores de la salud por lo cual los



autores sugieren fomentar la práctica regular de AF, no solo como un componente de prevención, sino que también, como un elemento de intervención social, lo que podría favorecer las redes de apoyo y la calidad de vida de los adultos mayores.

### **Estilos de vida del AM y nivel socioeconómico.**

Shankar, McMunn y Steptoe (2010) exploraron la relación de conductas como fumar actualmente, bajos niveles de actividad física y bebedor riesgoso de alcohol con el nivel socioeconómico en 11,214 adultos ingleses  $\geq 50$  años. Los datos corresponden a la primera oleada (nacidos antes de febrero 1952) del estudio (ELSA, estudio longitudinal inglés de envejecimiento, por sus siglas en inglés).

Obtuvieron datos sobre género, edad de los participantes, educación, nivel socio económico (incluye estimación de riqueza). También se preguntó si tenían una o más enfermedades, discapacidades que los habían afectado durante un período prolongado. A los que respondieron que si se les preguntó si esta condición limitaba sus actividades. Se les hicieron preguntas sobre fumar, el consumo de alcohol y el tiempo libre y la actividad física ocupacional (conductas incluidas en estilos de vida).

La proporción de fumadores fue del 17.8%, mientras que 12.4% de los participantes bebió más de los límites recomendados y el 38% estaba físicamente inactivo. A medida que el nivel socio económico y la educación aumentaban la proporción de personas con conductas de riesgo era menor (fumar, beber alcohol, no actividad física). Cuando usaron como punto de referencia a las personas con ninguna conducta de riesgo encontraron que las mujeres tenían mayor probabilidad de reportar una conducta de riesgo ( $p=0.01$ ) que los hombres. Sin embargo, para dos o tres conductas de riesgo no hubo diferencia significativa por género. Tener una enfermedad crónica incrementaba la probabilidad de reportar una o más conductas de riesgo (todas  $ps = 0.0001$ ), mientras que ser casado o vivir con pareja disminuía esas probabilidades. Reportar una sola conducta de riesgo fue más probable ( $p = 0.0001$ ), que reportar las tres ( $p = 0.05$ ). En suma, se observó que los grupos se encuentran en el nivel

socioeconómico más bajo y menor educación tenían más conductas de riesgo que sus contrapartes.

Stamatakis et al. (2014) señalan que la posición socioeconómica (PSE) está asociada a comportamientos relacionados a la salud, pero se sabe muy poco del gradiente socioeconómico en el comportamiento sedentario. Este estudio valoró las asociaciones entre la posición socioeconómica y múltiples indicadores del comportamiento sedentario entre adultos medios y adultos mayores en Australia. El estudio de los factores sociales, económicos y ambientales (SEEF) fue seguido por un sub estudio a larga escala con una población ( $n=267,153$ ) de adultos mayores a 45 años residentes de South Wales, Australia.

Las tres medidas que usaron para evaluar la posición socioeconómica fue la educación, el ingreso por casa y una medida de nivel de ventaja socioeconómica relativa utilizando el índice de índices socioeconómicos australianos para áreas (SEIFA) para educación y ocupación. El análisis utilizó cuatro variables resultado SB (comportamiento sedentario por sus siglas en inglés). La información sobre SB fue extraída de la siguiente pregunta: ¿aproximadamente cuántas horas al día (24 horas) suele pasar haciendo lo siguiente ...?

La muestra inicial consistió en 60,404 participantes (28,056 hombres), mayores de 48 años ( $\bar{X} = 65.5$  años,  $DE=10.5$ ). El 46% de la muestra tenía un empleo remunerado. Hubo 2 728 casos de datos faltantes para el total de tiempo sentado, 1 091 casos faltantes para tiempo en la TV, 4 662 para tiempo en la computadora y 5 104 para tiempo manejando. En consecuencia, los análisis multivariados incluyeron 42,271 participantes para total de tiempo sentado, para ver televisión 43,212 participantes, para usar la computadora 41,171 y para conducir un automóvil 40,836.

Todas las  $t$  de Student fueron significativas entre los participantes sin empleo remunerado y los participantes con empleo remunerado en relación al horas al día sentado ( $\bar{X} = 4.77$ ,  $DE = 2.58$  vs  $\bar{X} = 5.46$ ,  $DE = 3.14$ ,  $p < .001$ , respectivamente), en

cuanto a las horas al día viendo TV ( $\bar{X}=3.33$ ,  $DE=1.75$  vs  $\bar{X}=2.4$ ,  $DE=1.38$ ,  $p<.001$ , respectivamente), en el uso de la computadora ( $\bar{X}=1.1$ ,  $DE=1.45$  vs  $\bar{X}=3.35$ ,  $DE=2.95$ ,  $p<.001$ , respectivamente), horas conduciendo ( $\bar{X}=0.891$ ,  $DE=0.999$  VS  $\bar{X}=1.43$ ,  $DE=1.55$ ,  $p<.001$ , respectivamente). Estos datos muestran que los empleados informaron pasar significativamente más horas al día usando una computadora, conduciendo y sentados en total, pero menos horas mirando televisión que aquellos que no estaban empleados.

Los participantes que no tenían un empleo remunerado tenían más probabilidades de ser mayores, obesos y tener mayor angustia psicológica que los que tenían un empleo remunerado. También tenían más probabilidades de tener un ingreso más bajo, pasar menos tiempo en la PA, estar en un SEIFA más bajo quintil (baja ventaja socioeconómica), beber menos alcohol, y eran menos propensos a ser fumadores actuales.

Weng et al. (2018) tuvieron como objetivo identificar los factores de estilo de vida asociados con el cambio cognitivo y explorar si el efecto sobre el estilo de vida varía según el nivel socioeconómico (NSE). Los participantes seleccionados fueron adultos mayores de 65 años de programas de control de salud de ancianos de 2011 a 2013 en Taiwán.

Administraron pruebas neuropsicológicas al inicio del estudio las cuales incluyeron pruebas de cognición global, memoria lógica, función ejecutiva, fluidez verbal y atención, ( $n = 603$ ) y 2 años después ( $n = 509$ ). La edad media al inicio del estudio fue de 73 años y 52.7% eran mujeres. Las puntuaciones de cognición global, memoria lógica y fluidez verbal disminuyeron significativamente después de 2 años (todos  $p < 0.001$ ). La función ejecutiva y la atención no mostraron cambios significativos con el paso del tiempo.

Encontraron que cinco factores del estilo de vida (alto consumo de vegetales y de pescado, ejercicio regular, no fumar y ligero a moderado consumo de alcohol) y tres

indicadores de SES ingreso familiar anual ( $> \$33,333.00$  dólares americanos, [USD] vs. menos ingreso); complejidad ocupacional (trabajo de alta exigencia mental versus baja demanda); y años de educación ( $> 12$  años vs. menos) fueron factores protectores contra el declive cognitivo con  $\beta$  que osciló de 0.06 a 0.38 ( $p < 0.1$ ) en cualquier dominio cognitivo. Luego de ajustar por los estilos de vida y los factores SES, ingesta de pescado, mayor ingreso y complejidad ocupaciones permanecieron protectores.

Encontraron interacciones significativas entre un estilo de vida saludable ( $\geq$  tres estilos de vida saludables) e ingresos económicos sobre los cambios en la cognición global y fluencia verbal ( $p = 0.02$  y  $0.04$ ). Los efectos protectores sobre la cognición global y memoria lógica se observaron solo en los participantes con bajos ingresos económicos [ $\beta = 0.17$ , 95% intervalo de confianza (IC) =  $0.07-0.26$ ;  $\beta = 0.30$ , 95% IC =  $0.14-0.46$ ]. Los autores declararon ser pioneros en estudiar como las interacciones de los estilos de vida y nivel socio económicos afectan los cambios cognitivos.

Södergren, McNaughton, Salmon, Ball y Crawford (2012) establecieron como objetivo explorar la relación entre la ingesta de frutas y verduras (F&V), la actividad física en el tiempo libre (LTPA) y el tiempo sentado (ST), y su asociación con salud autoevaluada en adultos mayores. Este estudio transversal incluyó a 3,644 adultos mayores (48% hombres) de 55 a 65 años, que participaron en un Estudio de bienestar, alimentación y ejercicio para una larga vida ("WELL" por sus siglas en inglés). Los encuestados completaron una encuesta postal sobre su salud y sus conductas alimentarias y de actividad física en 2010 (tasa de respuesta del 38%). Coeficiente de Spearman se utilizó para evaluar la relación entre la ingesta de F&V, LTPA y ST.

La media de edad fue de 60.2 años en ambos sexos. En el porcentaje de salud autoevaluada el 48.4% lo marcó como excelente (51% mujeres y 48% hombres), aquellos que marcaron su salud como buena fue el 39.9% (38.5% mujeres y 41.3% hombres) y los que marcaron su salud mala fue el 11.7% (10.5% mujeres y 12.9% hombres), proporciones con una  $p=0.004$ . Esto sugiere diferencia significativa entre

aquellos que calificaron su salud como excelente y los que reportaron regular o pobre.

En cuanto a la educación aquellos que tuvieron hasta 10 años de educación fue el 36.1% (40.3% mujeres y 31.7% hombres), aquellos que tuvieron 12 años de educación constituyeron el 35.9% (32.4% mujeres y 39.7 % hombres) y los que obtuvieron título de universidad un 27.9% (23.7% mujeres y 28.6% hombres, con  $p < 0.001$ ). Es decir, hubo diferencia significativa entre la proporción de participantes con 10 años de educación y los de universidad.

Las correlaciones entre la ingesta de F&V, LTPA y ST fueron bajas. En las mujeres la relación entre consumo de F&V y LTPA fue de  $r_s = 0.196$  ( $p < 0.001$ ), entre F&V y ST de  $r_s = -0.066$  (0.004), así como entre LTPA y ST  $r_s = -0.110$  ( $p < 0.001$ ). En los hombres las relaciones fueron significativas entre F&V y LTPA  $r_s = 0.143$  ( $p < 0.001$ ) y entre LTPA y ST  $r_s = -0.065$  ( $p = 0.006$ ).

Los modelos de regresión logística mostraron que el consumo de F&V y LTPA fueron positivamente asociados con la autovaloración de la salud, mientras que ST se asoció negativamente. Cada porción adicional de F&V o MET-hora de LTPA se asoció con aproximadamente un 10% más de probabilidad de reportar que su salud es buena o mejor entre mujeres y hombres. La asociación entre ST y la autovaloración de la salud no fue significativa en el análisis multivariado.

Øvrum, Gustavsen y Rickertsen (2014) exploraron cómo el nivel de ingreso y educación varia en la elección de estilos de vida y auto valoración de salud según la edad. Esta investigación se centra en como las inequidades socioeconómicas de salud evolucionan durante el proceso de envejecimiento de los adultos. Los indicadores del estilo de vida fueron la actividad física, tabaquismo y el consumo de frutas y vegetales. Utilizaron datos de la encuesta monitorea nacional de Noruega. Estudiaron a residentes noruegos entre las edades de 25-79 años.

Encontraron que el 54% de los encuestados realizan ejercicio por lo menos dos veces a la semana, el 74% no fuma, el 50% come frutas y vegetales por lo menos dos

veces al día y el 69% reporta un estado de salud “bueno” o “bastante bueno”. En cuanto al nivel económico se encontró que aquellos que se encuentran en el primer cuartil (más bajo) tienden a tener un estilo de vida menos saludable comparado con aquellos que se encuentran en el tercer y cuarto quintil (mejores).

En cuanto a la actividad física se encontró que en los más jóvenes no había diferencia de acuerdo con el ingreso económico, mientras que conforme la edad avanzaba aumentaba la actividad física en todos los niveles de ingreso económico. Sin embargo, aquellos que se encontraban en el tercer cuartil y el cuarto cuartil, una vez alcanzado los 70 años se observa un descenso de la actividad física independientemente del ingreso económico.

En el consumo de frutas y vegetales cuando están jóvenes comen menos frutas y verduras sobre todo en el ingreso más alto, mientras que los de ingreso más bajo comen más. Conforme avanza la edad esto se invierte, los adultos mayores de ingresos altos comen más frutas y vegetales que los de ingresos más bajos, quienes se mantienen casi estables desde la juventud.

Aquellos que no consumen tabaco de acuerdo con la edad son los adultos mayores que se encuentran en el tercer y cuarto quintil de ingresos. En el nivel de educación de las personas se encontró algunas diferencias como por ejemplo en la actividad física se encontró que aquellos con una educación superior es decir preparatoria y universidad realizan más actividad física en todas las edades que los de secundaria. Semejante al ingreso económico la actividad física fue aumentando conforme a la edad hasta llegar a los 75 años donde se observa una ligera baja en todos los niveles de educación.

Cuando controlaron por edad (30 años) los que consumían más frutas y vegetales fueron aquellos con educación terminada de preparatoria o universidad y el consumo fue aumentando conforme avanza la edad siendo los adultos mayores con este nivel de escolaridad quienes consumen más frutas y vegetales, mientras que el consumo más

bajo de consumo correspondió a aquellos que solo llegaron hasta secundaria y también se observó aumento conforme aumentaba la edad.

Los modelos de regresión logística mostraron que el cuartil dos de ingreso tiene menor probabilidad de realizar actividad física al menos dos veces por semana ( $OR= 1.19, p < 0.05$ ) y de no ser fumador ( $OR =1.26, p< 0.01$ ) que los del cuartil cuatro (mejores ingresos) actividad física ( $OR =1.68, p< 0.01$ ), de no fumar ( $OR =1.49, p< 0.01$ ). Ser mujer mostró una probabilidad de ( $OR = 1.33, p< 0.01$ ;  $OR= 0.93, p< 0.05$ ;  $OR=2.73, p< 0.01$ ) de realizar actividad física dos veces por semana, no ser fumador, y consumir frutas y verduras dos veces al día, respectivamente. Los autores hacen notar que la percepción de salud buena y muy buena es afectada por la edad, cuartiles económicos, por educación de preparatoria y de universidad, sin embargo, cuando introducen los estilos de vida como variables control las probabilidades que esas variables afectan la percepción de salud disminuye.

Se observó que la actividad física fue mayor conforme pasaba la edad de 25 a 60 años, pero al llegar a los 70 años comienza a disminuir, el consumo de frutas y verduras aumenta conforme avanza la edad, siendo los adultos mayores quienes consumen más, así mismo se encontró que los no fumadores son los adultos mayores. Por el contrario, el estado de salud fue disminuyendo conforme avanzaba la edad, en todos los cuartiles económicos. La probabilidad de realizar ejercicio dos veces por semana y de no ser fumador fue mayor en el cuartil económico más alto y el estado de salud percibido fue mejor en este cuartil que en el cuartil dos (más bajo).

Sánchez-Ruiz, Cruz-Mendoza, Cereceda y Espinoza-Bernardo (2014) a través de un estudio descriptivo transversal determinaron la asociación de los hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos mayores que asisten a un programa municipal de la ciudad de Lima, Perú. Los participantes fueron 115 adultos mayores de 60 años de ambos sexos de los cuales 97% fueron mujeres, con una edad promedio de 71,  $DE=7.6$  años y rango de 60 a 93 años. El 70% de la muestra

estuvo comprendida en el rango de 60 a 74 años. Se determinó el peso y la talla (por altura de rodilla) y se les aplicó una encuesta sobre hábitos alimentarios y otra para establecer el nivel socioeconómico, ambas previamente validadas. La mayoría de la población se ubicó en el nivel socioeconómico (NSE) medio medio y medio bajo, según la Escala de Graffar modificada.

Con respecto al estado nutricional de la población estudiada, se obtuvo una media del IMC de 29,  $DE=3.8$ , con un IMC máximo de 40.7. Así mismo, 19.1% de la población presentó obesidad, 42.6% sobrepeso, 29.6% peso normal y 8.7% peso bajo. Se apreció que conforme la edad avanzaba la prevalencia de obesidad disminuía. Al asociar el estado nutricional con el NSE, observaron que el sobrepeso y obesidad estuvo presente en todas las categorías del NSE, con porcentajes casi similares excepto para el NSE bajo, donde la prevalencia de sobrepeso (56%) fue mayor. Solo se detectó peso bajo en el NSE medio bajo y NSE medio medio. A pesar de ello, no se encontró asociación significativa entre las variables estado nutricional y NSE ( $p=0.629$ ).

En relación con la obesidad, esta fue ligeramente mayor en los del NSE bajo (22% vs 21% y 12%) que en ambos niveles medio y el alto, respectivamente. Más de 60% presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto al consumo de carnes (65.2%), lácteos (78.3%), legumbres (87.8%), frutas y verduras (64.3%). Los hábitos alimentarios presentaron asociación significativa ( $p < 0.05$ ) con el NSE. Encontraron diferencias de proporciones en tres de los doce indicadores de la variable hábitos alimentarios por NSE, que corresponden al consumo de carnes ( $p=0.003$ ), frutas y verduras ( $p=0.001$ ), cereales y tubérculos ( $p=0.038$ ).

En síntesis, de acuerdo con los estudios relacionados acerca de la salud del adulto mayor y su relación con el nivel socioeconómico se observó que los grupos se encuentran en el nivel socioeconómico más bajo y menor educación tenían más conductas de riesgo que sus contrapartes. Aunque a la vez una posición socioeconómica más alta está relacionada con un mayor tiempo total sentado y en la computadora,



particularmente entre los que son empleados remunerados, aunque menor tiempo viendo televisión. Se encontró que hubo una relación significativa entre un estilo de vida saludable ( $\geq$  tres estilos de vida saludables) e ingresos económicos altos y mayor educación.

El grupo de adultos mayores, del NSE medio alto tuvo mayor porcentaje de hábitos adecuados en comparación con los otros NSE, con excepción de los cereales y tubérculos donde los niveles medio medio y medio bajo presentaron mayor proporción de consumo recomendado, seguido del alto y del bajo. El NSE bajo fue el que obtuvo menor proporción de personas con consumo recomendado en todos los alimentos. Concluyen que los hábitos alimentarios inadecuados detectados en más de 60% de los adultos mayores pueden aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales y afectar su calidad de vida. También en el nivel de educación de las personas se encontró que aquellos con una educación superior es decir preparatoria y universidad realizan más actividad física en todas las edades que los de secundaria.

### **Estilos de vida del AM y vecindario.**

Barnett et al. (2016) examinaron las características del entorno de algunos vecindarios en Hong Kong con la actividad física (AF) medida por acelerómetro y tiempo sedentario y moderadores sociodemográficos y el estado de salud. Recopilaron datos de 402 adultos mayores estratificados por estado socioeconómico y transitabilidad. La media de edad fue de 75.5 años ( $DE = 6.2$ ). El 53.2% estudio hasta primaria y 46.8% secundaria o más.

En general, como resultado, los participantes acumularon 26 minutos de AF moderada a vigorosa por día, lo que se traduce en 182 minutos semanales. En promedio, acumularon 298 (5 h) y 512 (8.5 h) minutos de AF de leve a vigorosa y tiempo sedentario, respectivamente, dentro de las 13.5 horas diarias de tiempo promedio de uso del acelerómetro.

Al ajustar por covariables y variables ambientales, no se observaron diferencias

significativas en el promedio de minutos diarios de AF moderada a vigorosa entre participantes reclutados de centros de salud de ancianos (EHC por sus siglas en inglés) y de centros comunitarios para ancianos (antilogaritmo de regresión  $e^b = 1.273$ ; IC del 95%: 0.979, 1.689;  $p = 0.095$ ). Sin embargo, los miembros de EHC acumularon más tiempo AF de ligera a vigorosa ( $e^b = 1.122$ ; IC del 95%: 1.063, 1.185;  $p < 0.001$ ) y menos minutos de tiempo sedentario ( $\beta = -24$  min/día; IC 95%: 41, 6;  $p < 0.001$ ) que los participantes de centros comunitarios.

El sexo influyó entre los atributos ambientales con AF leve a vigorosa y tiempo sedentario. La educación y la propiedad de automóviles también influyeron en las asociaciones con AF moderada a vigorosa, AF leve a vigorosa y tiempo sedentario. Solo dos asociaciones dependían de la edad y estado relacionado con la salud. Estos hallazgos sugieren que los factores sociales influyen más que la capacidad física y la salud. Factores culturales y las características ambientales (acceso a servicios, infraestructura peatonal y accesibilidad regional) que se considera apoyar la participación en el tiempo libre y el transporte AF son posibles contribuyentes a altos niveles de actividad.

King et al. (2011) evaluaron las relaciones entre el diseño del vecindario medido objetivamente, la actividad física y el peso corporal de adultos mayores de EE.UU. Seleccionaron 719 adultos mayores de 66 años de edad que vivían en vecindarios de diferentes niveles de ingresos económicos y de caminabilidad. Las mediciones incluyeron caminar o andar en bicicleta (acelerómetro) para hacer mandados y otras actividades al aire libre medidas a través del cuestionario CHAMPS.

El efecto principal de la caminabilidad del vecindario fue significativo ( $p < 0.0001$ ), es decir un mayor número promedio de minutos/semana de caminata en cuadrantes de vecindarios más transitables (38.1 [SE ¼ 10.5] minutos/semana) en comparación con los cuadrantes caminables inferiores (6.7 [SE ¼ 10.7] minutos/semana). En vecindarios transitables (caminabilidad) más altos la actividad física moderada y vigorosa medida por el acelerómetro tuvo un efecto principal

marginalmente significativo ( $p = 0.056$ ), con un promedio de 69.4 ( $SE = 17.3$ ) minutos/semana en comparación con 52.2 ( $SE = 17.7$ ) minutos/semana en vecindarios transitables bajos. En cuanto a “otras actividades aeróbicas al aire libre” el efecto principal de caminabilidad del vecindario no fue significativo ( $p = 0.28$ ).

Para el índice de masa corporal (IMC). El efecto principal de caminabilidad fue significativo ( $p = 0.02$ ), con adultos mayores que viven en vecindarios transitables más altos que tienen un IMC más bajo (media = 26.2,  $SE = 0.73$ ) en comparación con aquellos en vecindarios transitables más bajos (media = 27.1,  $SE = 0.75$ ). Porcentaje de sobrepeso / obesidad ( $IMC > 25.0$ ). Hubo una interacción significativa de ingresos del vecindario de caminabilidad para el porcentaje de sobrepeso / obesidad ( $p = 0.015$ ). La combinación de mayor capacidad de caminar y mayores ingresos arrojó la proporción más baja de personas con sobrepeso / obesidad (48%), mientras que tener solo una o ninguna de estas características del vecindario se asoció con mayores proporciones de sobrepeso / obesidad, lo que representa más de la mitad de estos grupos (62%).

Los últimos tres cuadrantes no diferían significativamente entre sí (valores de  $p = 0.33$ ). Impacto de la discapacidad de movilidad en las asociaciones de caminabilidad en el vecindario. El efecto principal de la discapacidad de movilidad fue significativo en todos los modelos (valores de  $p < 0.0001$ ), con individuos con mayor discapacidad de movilidad que informaron menos actividad física y un IMC más alto. El efecto principal de la capacidad de caminar siguió siendo significativo en los modelos que predicen la actividad de transporte y el IMC. En el análisis de predicción de la actividad de transporte, la interacción de movilidad de la movilidad también alcanzó significación ( $p = 0.001$ ).

Sundquist, et al. (2011) examinaron las asociaciones entre la capacidad de caminar por el vecindario y caminar para el transporte activo u ocio, y la actividad física moderada a vigorosa (MVPA por sus siglas en inglés) de 2,269 adultos mayores de Suecia. Propusieron también determinar qué parte de la varianza total de los resultados

de la actividad física y la marcha se puede atribuir a las diferencias a nivel de vecindario. Para ello usaron la correlación intraclase (ICC por sus siglas en inglés) para definir el porcentaje de la varianza total de los resultados individuales atribuibles al vecindario.

La capacidad de caminar del vecindario se midió objetivamente mediante métodos sistemas de información geográfica (SIG). Se construyó un índice que consiste en la densidad residencial, la conectividad de la calle y la combinación de uso del suelo para definir 32 vecindarios altamente transitables en la ciudad de Estocolmo. El MVPA se midió objetivamente durante siete días con un acelerómetro y la caminata utilizando el Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ por sus siglas en inglés).

El 40% tenía más de 50 años y el 42% con ingresos medios. La mediana de MVPA fue de 41 min/día ( $DE = 23$  min). Reportaron una mediana de 125 min/semana de caminata para transporte activo ( $DE = 275$  min) y de 60 min/semana de caminata para ocio ( $DE = 222$ ).

Un primer modelo mostró que las personas que viven en vecindarios altamente transitables tenían 3.4 minutos más de MVPA/día que las personas que viven en vecindarios menos transitables. En un segundo modelo incluyeron el NSE a nivel de vecindario y las variables a nivel individual, y la diferencia entre vecindarios siguió siendo significativa, aunque disminuyó ligeramente a 3.1 min de MVPA/día. El cálculo de ICC mostró que el 0.9% de la varianza total se debió al vecindario. La probabilidad de caminar y caminar por placer, en vecindarios transitables fue significativamente mayor (77% y 28%), respectivamente.

Van Holle et al. (2014) estudiaron los correlatos ambientales de la actividad física (AF) en 438 adultos mayores ( $\geq 65$  años) de Bélgica. La media de edad fue de 74 ( $DE = 6$ ) años (rango 65-92 años). La mayoría de los participantes tenía un nivel educativo bajo, había realizado un trabajo de cuello blanco e informó que era funcionalmente limitada en al menos dos actividades de la vida diaria. El 54% de los

participantes era mujer.

Los residentes de vecindarios de alta transitabilidad reportaron más minutos semanales de caminata relacionada con el transporte (76.0 min/semana) que los residentes de vecindarios de baja transitabilidad (16.7 min/semana,  $p < 0.001$ ). Los adultos mayores que vivían en vecindarios con poca transitabilidad dedicaban más minutos semanales de AF ligera que sus pares que viven en vecindarios con alta caminata (1586.0 min/semana vs. 1478.4 min/semana,  $p = 0.025$ ).

Los adultos mayores que viven en vecindarios de altos ingresos tenían niveles más altos de AF ligera que sus pares (1610.4 min/semana vs. 1463.9 min/semana,  $p = 0.009$ ), pero más bajos niveles de otras MVPA recreativas (4.5 min/semana vs. 14.4 min/semana,  $p = 0.014$ ). El ingreso del vecindario no se relacionó con las demás variables de AF. Los residentes de vecindarios de alta transitabilidad / bajos ingresos acumularon 106.0 minutos semanales de MVPA medido objetivamente, mientras que los adultos mayores que viven en vecindarios de baja caminabilidad / bajos ingresos acumularon 67.8 minutos semanales de MVPA ( $p = 0.023$ ). No se observaron otras interacciones de caminabilidad por ingreso.

En síntesis, los estudios relacionados sobre el vecindario y su relación con los estilos de vida reportan que los factores culturales y las características ambientales (acceso a servicios, infraestructura peatonal y accesibilidad regional) son posibles contribuyentes a altos niveles de actividad. Demostraron que los adultos mayores que vivían en vecindarios más transitables caminaban más y hacían mayor uso de bicicletas (actividad física de moderada a vigorosa), así como un índice de masa corporal más bajo que aquellos que vivían en vecindarios menos transitables. Comprobaron que la probabilidad de caminar y caminar por placer, en vecindarios transitables fue significativamente mayor. Es decir que se encontró que los adultos mayores que viven en vecindarios de altos ingresos tenían niveles más altos de AF ligera que sus pares, pero más bajos niveles de otras MVPA recreativas.

Los estudios sobre ocupación y estilos de vida encontrados determinaban relaciones del estilo de vida con un enfoque en la salud y la capacidad mental y su relación con la jubilación. En otros estudios se valora únicamente a la población económicamente activa y el trabajo productivo, sin mencionar o dicotomizar que tipo de ocupación tenía el adulto mayor. Como ya se señaló no se encontraron estudios de estilo de vida y ocupación gerencial y no gerencial. Esta inquietud surge de la idea de que un estilo de vida es escogido por lo que si las actividades realizadas en el trabajo implican toma de decisiones. Por lo que la pregunta es si la ocupación de tipo gerencial o no tendría alguna relación con los estilos de vida.

### **Definición de términos.**

El estilo de vida es un hábito o forma de vida, que se refiere a un conjunto de actividades cotidianas realizadas por el adulto mayor. El estilo de vida será medido en términos de actividad física, hábitos de nutrición, consumo de alcohol y tabaco, sueño, estrés y control (salud).

El nivel socioeconómico es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, ingresos, educación y empleo del jefe de familia, así como también las características de la vivienda como el número de habitaciones y numero de baños.

La ocupación se refiere al nivel de actividad mental (puesto gerencial), sensorio motriz y energética necesarios para desempeñarse en el puesto de trabajo. La ocupación se medirá de acuerdo con el tipo de ocupación gerencial o no, puesto, número de personas bajo su mando, cantidad de horas y frecuencia a la semana que trabajaba.

El vecindario se refiere a la proximidad residencial del adulto mayor donde suele hacer recorridos ya sea con fines de compra, visitar amigos, o caminar. Se preguntó por la accesibilidad y facilidad de caminar por las banquetas y calles, así como, accesibilidad a farmacias, tiendas de comercio, y accesibilidad a edificios.

**Objetivo general**

Analizar la influencia del nivel socioeconómico, ocupación y caminabilidad del vecindario en el estilo de vida de los adultos mayores.

**Objetivos específicos.**

1. Describir las características y de las variables de interés de los adultos mayores.
2. Determinar las relaciones entre:
  - a) el nivel socioeconómico y caminabilidad del vecindario
  - b) nivel socioeconómico y el estilo de vida
  - c) caminabilidad del vecindario y estilos de vida de los adultos mayores.
3. Explorar las diferencias entre nivel socioeconómico y caminabilidad del vecindario de los adultos mayores.
4. Explorar las diferencias entre nivel socioeconómico y ocupación de los adultos mayores.
5. Determinar las diferencias entre la ocupación y la caminabilidad del vecindario de los adultos mayores.

**Hipótesis.**

- H<sub>1</sub> Existe diferencia entre los estilos de vida de los adultos mayores por ocupación.
- H<sub>2</sub> Existen diferencias entre los estilos de vida según el NSE de los adultos mayores.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se describe el diseño, población, muestreo, muestra, instrumentos, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis de datos.

#### **Diseño**

El diseño de este estudio fue descriptivo correlacional. Un diseño descriptivo correlacional es aquel que describe las variables y examina la relación entre ellas (Grove, Burns & Gray, 2013, p. 49). Este diseño examina las variables de una situación que ya ha sucedido o se está produciendo, sin intentar controlar o manipularla. El presente pretende describir la influencia del nivel socioeconómico, ocupación y vecindario en los estilos de vida saludables.

#### **Población, muestreo y muestra**

La población se conformó por adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. El muestreo fue por conveniencia a través de redes sociales de grupos conocidos (AMA y Trasciende, familiares de amigos, compañeros y profesores). La contingencia por COVID-19, impidió el control en cuanto al llenado de la encuesta. El vínculo digital se envió a un gran número de adultos mayores. La plataforma QuestionPro registró un total de 485 visitas. De éstas 186 personas solo abrieron la página, 86 iniciaron el llenado sin terminarlo y 101 la respondieron completa.

#### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron adultos mayores de 60 años que manejaran correo electrónico o whatsapp, o que tuvieran estuvieran dispuestos a contestar los cuestionarios electrónicos a través de un conocido del IP.

#### **Criterios de exclusión**

Los criterios de incapacidad para deambular sin ayuda o estar en silla de ruedas no



se pudieron verificar a través del cuestionario electrónico QuestionPro.com/es/

### **Criterios de eliminación**

Cuestionarios incompletos.

### **Instrumentos**

A continuación, se presenta la descripción de los instrumentos que se utilizaron para medir las variables. Se inicia por estilos de vida saludables, seguido del NSE (AMAI), el cuestionario de caminabilidad del vecindario (Neighborhood Environment Walkability [NEWS por sus siglas en inglés]. Posteriormente se describe la ficha socio demográfica y registro clínico.

El estilo de vida fue evaluado a través del instrumento FANSTASTIC desarrollado por Wilson y Ciliska (1984) para conocer un panorama general sobre estilos de vida. Cada letra del nombre representa una de las dimensiones que mide: F: familiares y amigos, A: actividad física, N: nutrición, T: toxicidad A: alcohol, S: sueño y estrés, T: tipo de personalidad y actividades, I: imagen interior y C: control de la salud.

El instrumento fue traducido y validado en población mexicana con hipertensión por López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago y Casas de la Torre (2000). El coeficiente de correlación test-retest fue  $r = 0.91$  ( $p = 0.01$ ). También fue validado en pacientes mexicanos con diabetes, la correlación test-retest fue de 0.84, con un coeficiente alfa de Cronbach 0.80 para el total del instrumento (Rodríguez-Moctezuma, et al., 2003).

Para fines de este estudio se usaron las siguientes dimensiones A, N, T, A, S, T, y C, que se refieren a: actividad física, nutrición, toxicidad (tabaco), alcohol, sueño, estrés, y control de la salud, respectivamente (Apéndice B). Dichas dimensiones comprenden 19 reactivos con tres opciones de respuestas (0 - 2 puntos), de manera que el posible puntaje oscila entre 0 y 38 puntos. Los puntajes crudos fueron transformados a índice de 0 a 100 puntos. A mayor puntaje mejor estilo de vida.

La Escala NEWS fue desarrollado y validado por Cerin, Saelense, Sallis y Frank

(2006) para medir los atributos ambientales de un área local percibido por sus residentes. NEWS fue diseñado para obtener las percepciones de los residentes sobre cómo las características de transportación y urbanismo del vecindario se relacionaban con una mayor frecuencia de caminatas y paseos.

La escala cuenta con 68 reactivos que miden los atributos percibidos del entorno local que hipotéticamente se relacionan con la actividad física y, en particular, con caminar a la parada del transporte y caminar como actividad recreativa. El cuestionario original comprende ocho subescalas que evalúan las siguientes características ambientales: a) densidad residencial; b) proximidad a usos no residenciales de la tierra, como restaurantes y tiendas minoristas (diversidad de uso de suelo); c) facilidad de acceso a usos de suelo no residenciales (diversidad - acceso); d) conectividad de las calles; e) lugares para caminar / andar en bicicleta, como aceras y senderos para peatones / bicicletas; f) estética; g) seguridad del tráfico peatonal; y h) seguridad delictiva. Con la excepción de las subescalas de densidad residencial y diversidad del uso del suelo, los reactivos se responden con una escala Likert de cuatro puntos donde uno (totalmente en desacuerdo) y cuatro (totalmente de acuerdo).

Los autores luego de validar (análisis de factores) redujeron la escala a 39 reactivos, dejando seis subescalas: a) uso de suelo mixto, b) conectividad de las calles, c) infraestructura para caminar y andar en bicicleta, d) estética, e) seguridad de tráfico y f) seguridad criminal. Kantún-Marín, Moral de la Rubia, Salazar-González y Rosas-Carrasco (2017) usaron 25 reactivos de esta versión en 255 adultos mayores mexicanos, el coeficiente Alpha de Cronbach que reportaron fue de .89.

Para fines de este estudio se aplicaron 30 reactivos de la versión corta (Apéndice C) (Cerin et al., 2006). El patrón de respuesta de cuatro puntos, donde uno es totalmente desacuerdo, dos es más o menos desacuerdo, tres algo de acuerdo y cuatro es totalmente de acuerdo. El posible puntaje oscila entre 30 y 120 puntos, dichos valores se transformarán a índices de 0 a 100 puntos. A mayor puntaje mejor características de

caminabilidad del vecindario.

AMAI fue diseñado por la asociación mexicana de agencias de investigación de mercado (1992), para clasificar y agrupar a los hogares mexicanos en siete niveles de acuerdo con su capacidad para satisfacer las necesidades de los integrantes. Contempla una metodología rigurosa para su medición con el fin de que sea confiable (Apéndice A).

La primera versión contemplaba 50 variables como posibles predictores. Después del riguroso análisis descriptivo y tras varias iteraciones del modelo, siete variables resultaron presentar el mayor poder predictivo los cuales son utilizados en este modelo como reactivos: Nivel educativo del jefe de hogar, número de baños completos en la vivienda, número de autos en el hogar (entendida como la suma de autos, vans y pick ups en el hogar), conexión a internet en el hogar, número de integrantes en el hogar mayores de 14 años que trabajan y número de dormitorios en la vivienda (Apéndice A). Estas variables mostraron las asociaciones más claras con el ingreso corriente de los hogares.

El AMAI definió el número total de puntos máximo. Se acordó utilizar un puntaje máximo de 300 puntos, dado que es un número redondo cercano al puntaje máximo de la regla AMAI. Se asignó proporcionalmente el puntaje máximo a cada variable, los puntos se repartieron también proporcionalmente y se suman al final para obtener el puntaje total de cada participante. Los puntos de corte del NSE de acuerdo con los puntajes se presentan también en el Apéndice A.

La ficha de datos incluye la edad, el sexo, estado civil, años de escolaridad, ocupación, actividades que realizaban, horas a la semana de trabajo y días a la semana de trabajo. Se preguntó si padece alguna enfermedad, y cuál(es) enfermedad(es) o problemas de salud padece. La ocupación fue dicotomizada en gerencial o no (Apéndice D).

Para fines de este estudio ocupaciones que implican trabajo manual, no manejo

de personal y no toma de decisiones (construcción, obrero en línea, artesanías, oficinista, dependiente o cajero, amas de casa, entre otros) fueron clasificados en no gerencial.

Mientras que, puestos de mandos medios, de gobierno o profesionales fueron clasificados en gerenciales, ya que involucran manejo de personal y toma de decisiones. En el caso del adulto mayor que se encuentra jubilado, se indagó esto mismo respecto a la ocupación que tuvo.

### **Procedimiento de recolección de datos**

Antes de iniciar el estudio se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se solicitó la autorización a los directivos de la Asociación AMA y Trasciende (ITESM), para efectuar la investigación entre sus asociados. Debido a la contingencia por COVID-19, se solicitó el correo electrónico de sus asociados y se les envió el vínculo con la explicación del estudio, el consentimiento informado y las instrucciones para responder los cuestionarios.

Se solicitó la colaboración de compañeros y profesores de la Facultad de Enfermería, UANL, enviándoles el vínculo para que a su vez lo pasaran a sus familiares o conocidos adultos mayores. Así mismo, se solicitó a dos líderes religiosos que colaboraran en la difusión del proyecto, con la finalidad de lograr contactar a un mayor número de participantes, a dichos líderes se les envió el vínculo digital.

Se utilizó la herramienta de encuestas en línea (QuestionPro). En dicha herramienta digital se enfatizaba que sus respuestas eran anónimas, el acceso a las respuestas estaría restringido exclusivamente al investigador principal y la información enviada no contenía datos que los pudieran identificar.

Antes de comenzar a responder los instrumentos, el adulto mayor pudo dar lectura al consentimiento informado presentado al inicio de la encuesta (QuestionPro), en caso de aceptar participar se le solicitó que diera clic en la opción “sí, acepto” para pasar al siguiente apartado en donde se encontraban los instrumentos. La aplicación de los

instrumentos iniciaba con las preguntas del FANTASTIC, después se les aplicó el NEWS, seguido por el NSE del AM por medio del AMAI y al final datos de edad, escolaridad, sexo, contaban con pareja o no y enfermedades crónicas. Para evitar que los instrumentos no se enviaran incompletos, se aplicaron candados por cada pregunta, ello aseguraba responder la pregunta para así poder pasar a la siguiente, de lo contrario el participante no tenía oportunidad de avanzar y finalizar la entrega de sus respuestas. A pesar de esto el IP recibió cuestionarios incompletos, en virtud de que, aunque ellos no dieran finalizar, el cuestionario se enviaba.

Al concluir la recolección de información, los adultos mayores visualizaron un anuncio en el cual se les agradecía su participación. Para el caso de los adultos mayores que aceptaron participar por medio de entrevista telefónica, el investigador principal fue el responsable de ir capturando los datos en la plataforma digital.

### **Consideraciones éticas**

El estudio se apegó lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987), última reforma publicada DOF 02-04-2014, en su Título Segundo, Capítulo I. De los Artículos 13 y 14, fracciones V y VI se contó con el consentimiento informado del adulto mayor (Apéndice F). Fue realizado por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, cuidando el bienestar del adulto mayor.

Con base al Artículo 14, fracciones VII y VIII el estudio se sometió a consideración del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para su revisión y aprobación. Del Artículo 16 la privacidad quedó resguardada en virtud de que el participante respondió vía electrónica desde su computadora o teléfono móvil en el momento y lugar escogido por él o ella. Del Artículo 17, fracción I el estudio se consideró sin riesgo. Solo se aplicaron cuestionarios sobre los estilos de vida, nivel socioeconómico, ocupación y características del vecindario de los adultos mayores que no contemplaban aspectos

emocionales.

Del Artículo 20 el consentimiento informado se integró en la plataforma QuestionPro con un clic a “Si acepto”. Mientras el participante no diera clic a “Si acepto” no podían pasar a las preguntas. Del Artículo 21, Fracciones I al VIII Del apartado de beneficios se le explicó que el estudio no le dejará beneficio, sin embargo, sus respuestas podrán ayudar a generar estudios para mejorar el estilo de vida en otros adultos como él o ella. En el consentimiento informado se le explicó que los resultados se presentarían en forma general y no habría forma de que fuera identificado con los datos que proporcionara.

### **Plan de análisis estadístico**

Para la captura de la información se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the social Sciences (SPSS versión 24). El procedimiento para describir las características de los participantes y de los instrumentos se llevó a cabo de la siguiente manera: primero se obtuvieron estadísticas descriptivas como: frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión. Se obtuvo el coeficiente de Alpha de Cronbach, para determinar la consistencia interna de los instrumentos de opción múltiple. Se aplicaron pruebas Kolmogorov Smirnov con corrección de Lillefors para conocer la distribución normal de las variables y decidir la utilización de estadística inferencial con pruebas paramétricas o no paramétricas.

Solamente el instrumento NEWS de caminabilidad del vecindario obtuvo distribución normal. Por lo que se decidió usar estadística no paramétrica, la tabla 1 muestra el plan de análisis para explorar las relaciones, diferencias e influencia entre las variables del estudio.

Tabla 1

## Plan de análisis

<b>Variables</b>	<b>Relación</b>	<b>Diferencia</b>
NSE y Vecindario NSE y Estilo de Vida	Coeficiente de Spearman	ANOVA de Kruskall Wallis
Vecindario y Estilos de Vida	Coeficiente de correlación de Spearman	
Ocupación y NSE		Prueba Exacta de Fisher
Ocupación y Vecindario Estilos de Vida y Ocupación		Prueba U de Mann- Whitney
NSE, Ocupación y vecindario sobre estilos de vida	Modelo de Regresión Lineal múltiple	

### Capítulo III

#### Resultados

Los resultados corresponden a una muestra de 101 adultos mayores, quienes respondieron la encuesta por vía electrónica ya fuera con ayuda de sus familiares o sin ella. Se presentan primero los resultados del coeficiente Alpha de Cronbach, seguido de la descripción de las variables, los objetivos específicos, posteriormente las hipótesis. Cierra con el objetivo general.

El coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach del estilo de vida (FANTASTIC) fue de .78, el de caminabilidad del vecindario (NEWS) fue de .83. Ambos son aceptables.

El primer objetivo específico señala describir las características de los adultos mayores y de las variables de interés. La media de edad fue de 69.33 años ( $DE=7.50$ ), el rango osciló entre 60 y 93 años; predominó el sexo femenino (58: 57.4%). La media de los años de escolaridad de los adultos mayores fue de 15.40 años ( $DE=5.15$ ), el rango oscila entre 3 y 26 años de estudio. El 70.3% (70) de los adultos mayores viven con pareja. El 60.4% (60) de los participantes reportaron padecer alguna enfermedad crónica, entre las más mencionadas se encuentran la diabetes mellitus tipo II e hipertensión 8.9% (9), diabetes 10.9% (11), hipertensión y colesterol 8.0% (8).

En cuanto a la ocupación, al menos 55 de los adultos mayores tuvo un puesto relacionado a actividades administrativas o gerenciales (55.4%), que implicaban tener personas a su cargo y tomar de decisiones. Las actividades no gerenciales se referían a actividades domésticas, enseñanza y de secretariado. De las 58 mujeres aquellas con actividad no gerencial fueron 35 (60.3%) y gerencial 23 (39.7%). De los 43 hombres 10 (23.3%) de ellos reportaron actividad no gerencial y gerencial 33 (76.7%).

La media de las horas de trabajo por semana que desempeñan o desempeñaban los adultos mayores fue de 40.99 horas ( $DE= 12.65$ ), con un rango de entre 12 y 100 horas. La media de los días a la semana que trabajaban o trabajaron fue de 5.28 días



( $DE = .86$ ), el rango osciló entre 3 y 7 días de trabajo. La tabla 2, presenta las frecuencias del nivel socioeconómico de acuerdo con los puntajes del AMAI, donde la mayoría corresponde a un nivel socioeconómico alto.

Tabla 2

Frecuencias y proporciones del nivel socioeconómico según puntajes AMAI

Nivel	$f$	%
Pobreza Extrema	2	2.0
Baja baja	1	1.0
Baja media	6	5.9
Media baja	10	9.9
Media media	4	4.0
Media alta	16	15.8
Alta	62	61.4
Total	101	100.0

Nota:  $f$ = frecuencia

Se puede observar que hay celdas con menos de cinco participantes, de manera que para el análisis se agruparon en un grupo pobreza extrema, baja baja y baja media y se les denominó baja (9). Respecto al nivel media media se agruparon de acuerdo con el puntaje un participante en media baja (un baño, dos dormitorios, carrera técnica y los otros tres en media alta (dos más baños, tres dormitorios y carrera técnica), quedando en media baja 11 participantes y en media alta 19.

Las características de las variables de interés se presentan en la tabla 3. Se muestra, además, los resultados de la prueba Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Como se señaló previamente solamente el vecindario mostró distribución normal, por lo que se usó estadística no paramétrica.

Tabla 3

Datos descriptivos y prueba de normalidad de las variables de interés

Variable	Media	Mediana	DE	IC 95%		K-S Valor de p
				LI	LS	
Estilo de vida	70.24	73.68	15.18	67.25	73.24	< .001
Actividad Física	50.66	50.00	32.14	44.31	57.00	< .001
Nutrición	64.48	62.50	22.06	60.12	68.83	< .001
Toxicidad (tabaco y drogas)	77.88	100.00	26.78	72.60	83.17	< .001
Alcohol	84.32	100.00	19.83	80.40	88.23	< .001
Sueño	75.00	87.50	22.91	70.47	79.52	< .001
Salud	69.06	75.00	24.27	64.26	73.85	< .001
Caminabilidad del Vecindario	58.42	60.00	14.75	55.50	61.33	.155

Nota: IC= intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS= límite superior, K-S= Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors.

El segundo objetivo específico señalaba determinar la relación entre: NSE y caminabilidad del vecindario; NSE y estilo de vida; y caminabilidad del vecindario y estilo de vida. El coeficiente de Spearman fue ( $r_s = .44, p < .001$ ). Esto indica que a mayor NSE mayor percepción de lugares para caminar y calles bonitas y seguras del vecindario. El NSE (puntajes crudos) se relaciona con el estilo de vida general  $r_s = .38, p < .001$ , y con los siguientes indicadores: actividad física  $r_s = .35, p < .001$ , sueño/estrés  $r_s = .40, p < .001$  y control de salud  $r_s = .29, p = .004$ . Los indicadores de nutrición, toxicidad y alcohol no fueron significativos  $p > .05$ . Finalmente, la caminabilidad del vecindario y el estilo de vida mostraron el siguiente coeficiente de Spearman ( $r_s = .43, p < .001$ ). A mejor caminabilidad del vecindario mejor estilo de vida. El modelo de regresión simple mostró ( $F(1, 99) = 25.26, p < .001, R^2 = .20$ ). Por cada unidad que

aumenta la caminabilidad del vecindario el estilo de vida aumenta en ( $B=.46$ ).

El tercer objetivo específico señala explorar las diferencias entre nivel socioeconómico y la caminabilidad del vecindario en los adultos mayores. La prueba de Kruskal Wallis mostró diferencias significativas ( $\chi^2 = 22.89$ ,  $gl\ 3$ ,  $p < .001$ ). Las pruebas U de Mann-Whitney mostraron diferencias entre todos los niveles socioeconómicos con excepción del medio alto y el alto (tabla 4).

Tabla 4

Prueba U de Mann-Whitney de vecindario por nivel socioeconómico

Niveles	U de Mann Whitney	Valor de $p$
Bajo y Medio Bajo	23.50	.048
Bajo y Medio Alto	19.50	.001
Bajo y Alto	49.00	<.001
Medio Bajo y Medio Alto	57.00	.041
Medio Bajo y Alto	23.50	.046
Medio Alto y Alto	490.50	.272

Nota: Valor de  $p = .05$

La tabla 5 muestra los datos descriptivos y de dispersión del vecindario según nivel socioeconómico. Se puede observar que a medida que aumenta el nivel socioeconómico aumenta la caminabilidad del vecindario.

Tabla 5

Datos descriptivos y de dispersión del vecindario según nivel socioeconómico

Nivel	Media	Mediana	DE	IC 95%	
				LI	LS
Bajo	38.27	35.56	12.29	28.83	47.72
Medio Bajo	49.09	44.44	12.96	40.38	57.80
Medio Alto	59.36	60.00	11.89	53.62	65.09
Alto	62.71	63.33	13.14	59.37	66.05

El objetivo cuatro señala explorar las diferencias entre NSE y ocupación de los adultos mayores. La prueba exacta de Fisher muestra diferencia de proporciones  $F = 26.03, p < .001$ . En el NSE bajo no hay casos con actividad de tipo gerencial y el nivel alto es el que tiene mayor proporción. Sin embargo, este resultado se toma con reserva dado que la tabla de contingencia 6 indica que los casos esperados son cuatro y dos casillas no cumplen con este supuesto.

Tabla 6

Frecuencia de actividad gerencial por nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	No Gerencial	Gerencial
Bajo	9	0
Medio Bajo	9	2
Medio Alto	10	9
Alto	17	45

Nota: No Gerencial= empleado, Gerencial= puestos administrativos con subordinados

El objetivo cinco señala determinar las diferencias entre ocupación y caminabilidad del vecindario. El resultado de la prueba U de Mann-Whitney ( $U = 847.50, p = .005$ ) (tabla 7).

Tabla 7

Datos descriptivos de caminabilidad del vecindario por tipo de ocupación

Ocupación	Media	Mediana	DE	IC 95%	
				LI	LS
No gerencial	53.48	55.58	15.13	48.94	58.03
Gerencial	62.38	62.22	13.27	58.82	65.94

Nota: IC 95%= Intervalo de Confianza de 95%, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior.

Respecto a la hipótesis uno que hace referencia a que existe diferencia entre los indicadores del estilo de vida y la ocupación, se identificó que existen diferencias

significativas en el estilo de vida general, y en las subescalas de actividad física, sueño estrés y control de salud (tabla 8) De acuerdo con la diferencia de mediana se observa que aquellos que habían ocupado puestos gerenciales reportaron mejores estilos de vida. La tabla 8 muestra también las medianas de estilos de vida por ocupación. Con los resultados obtenidos la hipótesis se apoya parcialmente.

Tabla 8

Medianas y Prueba de U de Mann-Whitney de estilos de vida por ocupación

	Mediana		U de Mann-Whitney	Valor de $p$
	No Gerencial	Gerencial		
Estilo de vida General	65.79	75.00	900.50	.014
Actividad Física	33.33	66.66	951.50	.033
Nutrición	62.50	75.00	1123.00	.341
Toxicidad	83.33	100.00	1165.50	.485
Alcohol	100.00	83.33	1063.00	.144
Sueño/ Estrés	62.50	87.50	671.50	.001
Control de Salud	50.00	75.00	815.50	.001

Nota: Valor de  $p = .05$

Con relación a la hipótesis dos se identificó que existen diferencias entre los estilos de vida por nivel socioeconómico de los adultos mayores. El ANOVA de Kruskal Wallis fue significativo ( $Chi^2 = 18.45$ ,  $gl\ 3$ ,  $p = .003$ ). Este resultado indica que hay diferencia significativa entre el NSE bajo y alto, con un mejor estilo de vida en el nivel alto (tabla 9).

Tabla 9

Datos descriptivos de estilo de vida de acuerdo con el nivel socioeconómico

Nivel	Media	Mediana	DE	IC 95%	
				LI	LS
Bajo	51.46	42.11	15.63	39.40	63.52
Medio Bajo	61.24	60.53	13.57	52.12	70.37
Medio Alto	70.50	73.68	12.90	64.28	76.72
Alto	74.49	76.32	13.45	71.07	77.91

Nota: IC 95%= Intervalo de Confianza de 95%, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior.

Las pruebas U de Mann-Whitney revelan diferencias entre los siguientes NSE bajo y medio alto ( $p = .004$ ), bajo y alto ( $p = .001$ ), entre medio bajo y alto ( $p = .005$ ), entre medio bajo y medio alto hubo tendencia ( $p = .094$ ), por el contrario, no hubo diferencia significativa entre el NSE bajo medio bajo ( $p = .131$ ) y entre el medio alto y alto ( $p = .220$ ). De manera que la hipótesis se apoya parcialmente.

El objetivo general señala analizar la influencia del NSE, ocupación y caminabilidad del vecindario en el estilo de vida. El modelo de regresión lineal múltiple fue de ( $F_{3,97} = 12.70$ ,  $p < .001$ ,  $R^2$  no estandarizada fue 28%). Las variables que influyen en la explicación del modelo son el NSE ( $B = 3.42$ ,  $EE = .1.24$ ,  $p = .006$ ); y el vecindario ( $B = .293$ ,  $EE = .103$ ,  $p = .005$ ). Por cada unidad que aumentan el NSE y la caminabilidad del vecindario, el estilo de vida aumenta 3.42 y .29 puntos, respectivamente. La ocupación no fue significativa ( $B = .558$ ,  $EE = 1.51$ ,  $p = .712$ ).

## Capítulo IV

### Discusión

En este capítulo se discuten los resultados con base en los estudios relacionados y el marco de referencia. Se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones.

El nivel socioeconómico se asoció a la caminabilidad del vecindario. Resultado que confirma los hallazgos de Barnett et al. (2016). A medida que el nivel socioeconómico mejoraba las medias de caminabilidad del vecindario aumentaban. Hubo diferencia significativa entre todos los NSE con excepción del nivel medio alto y alto.

Los resultados de este estudio mostraron que a mayor nivel socioeconómico mejor estilo de vida general, mayor actividad física, mejor control del sueño y estrés y control de la salud. Sin embargo, el NSE no se asoció con mejor manejo de la nutrición, toxicidad y alcohol. Deluga et al. (2018) también reportaron que a mayor NSE mejor estilo de vida; de manera similar Shankar, McMunn y Steptoe (2010) reportaron que a menor nivel socioeconómico mayor conductas de riesgo refiriéndose al estilo de vida. Otros autores que sustentan la hipótesis de este estudio son Øvrum, Gustavsen y Rickertsen (2014), que señalan que aquellos que se encuentran en el cuartil más bajo tienden a tener un estilo de vida menos saludable comparados con los cuartiles más altos.

En ese sentido Barnett et al. (2016) sugieren que los factores sociales y económicos influyen más en los estilos de vida que la capacidad física del adulto mayor. Por el contrario, la teoría de Giddence explica que la modernidad promueve una diversidad de estilos de vida, donde incluso las personas de clase social baja tienen opciones disponibles. Esto último no sustenta mis resultados puesto que se demostró que en los adultos mayores el nivel socioeconómico si influye.

En este estudio la mayoría de los adultos mayores de todos los niveles

socioeconómicos reportaron no fumar, no consumir drogas y alcohol. En relación a nutrición en todos los niveles socioeconómicos hubo mayores proporciones de los que reportaron, nunca y a veces comer dos porciones de frutas y tres de verduras. Esto es contrario Øvrum, Gustavsen y Rickertsen (2014), sin embargo puede explicarse de acuerdo con Bordieu que considera que los estilos de vida en sí mismos son un sistema de prácticas clasificadas y que implican diferentes gustos, por ejemplo, la comida.

El consumo de frutas y verduras bajo en todos los NSE pudiera deberse a que en la región norte del país existe un mayor consumo de bebidas calóricas (refrescos, té y café endulzados, así como otras bebidas endulzadas) y un mayor consumo de carnes dejando atrás el consumo de otros alimentos, esto debido a la cultura y tradición característico de la región (Gaona-Pineda et al., 2018). Por consecuencia en los resultados también se encontró una relación a estar pasado de peso las respuestas fueron similares en todos los niveles socioeconómicos. Eso puede explicar el resultado no significativo en estos dominios. Por lo que la hipótesis se apoyó parcialmente.

Los resultados en base al modelo de regresión simple mostraron significativamente que a mayor caminabilidad del vecindario mejor estilo de vida. Resultado que confirma los hallazgos de King et al. (2011), que señalan que un mejor estilo de vida y mayor actividad física depende de una mejor caminabilidad del vecindario. Van Holle et al. (2014), señalan que los vecindarios de más alto ingreso tienen niveles más altos de actividad física que sus pares.

La ocupación gerencial (puestos de trabajo) que implicaban cuestiones administrativas y tener subordinados a su cargo vs no gerencial es decir empleados que recibían ordenes, cumplían con tareas asignadas y no tenían mando sobre persona alguna mostró mayor proporción del NSE alto con ocupación gerencial. Al momento no se cuentan con estudios relacionados con estas variables. Los adultos mayores con actividad gerencial reportaron mayor caminabilidad del vecindario que aquellos si actividad gerencial. Lo anterior se puede vincular a que la actividad gerencial se asocia



al NSE.

En cuanto a la relación entre el estilo de vida y la ocupación los resultados que se obtuvieron en el presente estudio se observan que aquellos que habían ocupado puestos gerenciales reportaron significativamente mejores estilos de vida general, actividad física, sueño y estrés y control de salud. Esto se apoya con los resultados de los autores Stamatakis et al. (2014). Quienes señalan que los participantes que no tenían una ocupación remunerada tenían más probabilidades de tener obesidad y mayor angustia psicológica (estrés) que los que tenían una ocupación bien remunerada.

Los resultados del modelo de regresión lineal múltiple sobre la influencia del NSE, ocupación y caminabilidad del vecindario sobre los estilos de vida fue significativo. Las variables que determinaron la varianza explicada fueron NSE y caminabilidad del vecindario. Estos resultados apoyan parcialmente el objetivo general. Weber señala que el estatus social juega el papel más importante en los estilos de vida ya que ve la clase social estrictamente como un reflejo del nivel de ingresos (NSE), propiedad (vecindario) o habilidad económica (ocupación) de una persona.

### **Conclusiones**

El NSE se relaciona positivamente con la caminabilidad del vecindario. A mejor NSE mayor caminabilidad del vecindario. La caminabilidad del vecindario se relaciona positivamente con el estilo de vida. Existe diferencia de proporciones entre NSE y ocupación (gerencial y no gerencial) y caminabilidad del vecindario. Existe relación positiva entre estilos de vida y NSE. Existe diferencia entre estilo de vida y ocupación. Existe diferencia entre el estilo de vida y NSE. El NSE y el vecindario determinan el estilo de vida de los adultos mayores. El consumo diario de frutas y verduras es bajo en todos los NSE. Los resultados se deben tomar con cautela en virtud de que el estudio comprendió adultos mayores que pudieran manejar tecnología incluyendo redes sociales que de alguna manera se vincula a niveles socioeconómicos más altos.

**Limitaciones**

Debido a la contingencia por COVID-19 no fue posible un acercamiento físico a los adultos mayores, por lo cual se recurrió a utilizar la tecnología usando cuestionarios en línea, por lo cual el estudio tuvo un sesgo ya que solo participaban personas que tuvieran aparatos electrónicos a la mano, lo que ya en si representa un estatus social más alto. Se encontró también como limitación que al no haber un encuentro cara a cara con el adulto mayor se generó desconfianza ya que temían que la encuesta fuera rastreada, por lo que declinaban participar ya que lo consideraban un riesgo para su seguridad.

**Recomendaciones**

Replicar el estudio incluyendo mayor proporción de los estratos que en este estudio fueron escasos (niveles bajos). Profundizar en los motivos del escaso consumo de frutas y verduras.

## Referencias

- Águila, E., Kapteyn, A., Robles, R., & Weidmer, B. (2011). Experimental Analysis of the Health and Well-being Effects of a Non-contributory Social Security Program. Mimeo. RAND Corporation. <https://ideas.repec.org/p/ran/wpaper/wr-903.html>
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), (2018). *Nivel Socio Económico AMAI 2018 Nota metodológica*. <http://www.amai.org/nse/>
- Barnett, A., Cerin, E., Zhang, C.J.P., Sit, C.H.P., Johnston, J.M., Cheung, M.M.C., & Lee, R.S.Y. (2016). Associations between the neighbourhood environment characteristics and physical activity in older adults with specific types of chronic conditions: the ALECS cross-sectional study. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0377-7>
- Carta de OTTAWA (1986). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Centro de Documentación, (2016). Situación de las personas adultas mayores en México. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)
- Cerin, E., Saelens, B. E., Sallis, J. F., & Frank, L. D. (2006). Neighborhood Environment Walkability Scale: Validity and Development of a Short Form. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 38, 1682-1691. [http://www.ipenproject.org/documents/publications\\_docs/NEWS%20and%20NEWS-A.pdf](http://www.ipenproject.org/documents/publications_docs/NEWS%20and%20NEWS-A.pdf)
- Chen, B.I., Hsueh M.C., Rutherford R., Park J.H., & Liao, Y. (2019). The associations between neighborhood walkability attributes and objectively measured physical activity in older adults. *PLOS ONE* 14, 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222268>

- Cockerham, W., Rutten, A., & Abet, T. (1997) Conceptualising contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly* 38, 321-342
- Corna, L. M. (2013). A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: a critical review of conceptual frameworks. *Advances in Life Course Research*, 18, 150-159. [https:// doi: 10.1016/j.alcr.2013.01.002](https://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.01.002).
- Deluga, A., Kosicka, B., Dobrowolska, B., Chrzan-Rodak, A., Jurek, K., Wrońska, I. ... Drop, B. (2018). Lifestyle of the elderly living in rural and urban areas measured by the FANTASTIC Life Inventory. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine:AAEM*, 25(3), 562-567. <https://doi.org/10.26444/aaem/86459>
- Durán, Samuel, Sánchez, Hugo, Valladares, Macarena, López, Antonio, Valdés Badilla, Pablo, & Herrera, Tomás. (2017). Actividad física y perfil de estilos de vida promotores de la salud en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 145(12), 1535-1540. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001201535>
- Elashoff, J. D. (2007). nQuery Advisor (Version 7.0) [Computer software]. Boston, MA: Statistical Solutions.
- Gastaldo, D., Gavin, J. A & Nazilla, K. (2004) Therapeutic landscapes of the mind: theorizing some intersections between health geography, health promotion and immigration studies. *Critical Public Health*, 14, 157-176. DOI: 10.1080/09581590410001725409
- Gaona-Pineda, Elsa B, Martínez-Tapia, Brenda, Arango-Angarita, Andrea, Valenzuela-Bravo, Danae, Gómez-Acosta, Luz M, Shamah-Levy, Teresa, & Rodríguez-Ramírez, Sonia. (2018). Consumo de grupos de alimentos y factores sociodemográficos en población mexicana. *Salud Pública de México*, 60(3), 272-282. <https://doi.org/10.21149/8803>
- Giudice, R., Izzo, R., Manzi, M. V., Pagnano, G., Santoro, M., Rao, M. A. E., ... Trimarco, V. (2012). Lifestyle-related risk factors, smoking status and

- cardiovascular disease. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention*, 19, 85–92. <https://doi.org/10.2165/11632140-000000000-00000>.
- Gottfried A. (1985). Measures of socioeconomic status in child development research: data and recommendations. *Merrill-Palmer Quarterly*, 31, 85-92.
- Grove, S., Burns, N. & Gray, J. (2013). The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. In S. Grove, N. Burns, & J. Gray (eds.) *Introduction to Quantitative Research* (Ch 3, p. 49). (7 Ed.). St Louis, Missouri Elsevier.
- Gutiérrez, L.M (2010). México y la revolución de la longevidad. *Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinada*, 21-36.(1 Ed.). Instituto de Geriatria. [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/envejecimiento\\_humano.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/envejecimiento_humano.pdf)
- Hauser RM. (1994). Measuring socioeconomic status in studies of child development. *Child Development*, 65, 1541-45.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2014) Política Pública de Adultos Mayores 2014 INAPAM. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/politica-publica-de-adultos-mayores-2014-inapam>
- INEGI Geografía, E. D. N. I. Y. (2015). Encuesta Intercensal. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Kantún-Marín, M., Moral de la Rubia, J., Salazar-González, B., & Rosas-Carrasco, O. (2017). Contraste de un modelo de envejecimiento exitoso derivado del modelo de Roy. *CIENCIA Ergo-Sum*, 24, 126-136. doi:10.30878/ces.v24n2a4.
- Ley General de Salud (2018). Reglamento de la Ley General De Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987). Texto Vigente. Última reforma publicada. DOF 04-06-2014

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

Kerz, M., Teufel, J., & Dinman, M. (2013). OASIS: A Community-based Model for Successful Aging. *Ageing International*, 38, 122-136.

<https://doi.org/10.1007/s12126-012-9170-3>

King, A. C., Sallis, J. F., Frank, L. D., Saelens, B. E., Cain, K., Conway, T. L., . . . Kerr, J. (2011). Aging in neighborhoods differing in walkability and income: associations with physical activity and obesity in older adults. *Social Science and Medicine*, 73, 1525-1533. doi: [10.1016/j.socscimed.2011.08.032](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.032)

Lopez- Rios, O. (2018). Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana. *Instituto Nacional de Salud Pública*, [S.l.], 39, 16-24.

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5971/6802>

López-Carmona, J. M., Rodríguez-Moctezuma, R., Munguía-Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & Casas de la Torre, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención Primaria*, 6, 542-549.

[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78719-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78719-1)

Mendes de Leon, C. F., Cagney, K. A., Bienias, J. L., Barnes, L. L., Skarupski, K. A., Scherr, P. A., & Evans, D. A. (2009). Neighborhood social cohesion and disorder in relation to walking in community-dwelling older adults: A multi-level analysis. *Journal of Aging Health*, 21, 155–171. doi:

[10.1177/0898264308328650](https://doi.org/10.1177/0898264308328650)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2010). *La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible*.

[https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/boletin\\_opm46.pdf](https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/boletin_opm46.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2015). *Estilos de vida saludable*.

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/>

Miralles, I. (2010). Vejez Productiva. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, 26.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3702472>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Washington: OMS, 1-25.

[https://www.who.int/ageing/publications/alc\\_elmanual.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. Washington: OMS, 1-10. <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Øvrum, A., Gustavsen, G. & Rickertsen, K. (2014). Age and socioeconomic inequalities in health: Examining the role of lifestyle choices. *Advances in Life Course Research*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.10.002>

Peace, S., Holland, C. & Kellaheer, L. (2006). Environment and identity in later life. *Growing Older. Maidenhead: Open University Press*.

<http://oro.open.ac.uk/1129/>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. In N. J. Pender, C.L. Murdaugh & M.A. Parsons pp 94-108, Upper Saddle River, N.J: Pearson.

Rodríguez-Moctezuma, R., López-Carmona, J. M., Munguía-Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & Martínez-Bermúdez, M. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. *Revista Médica IMSS*, 41, 211-220. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im033d.pdf>

Ross, C. & Mirowsky, J. (2008). Neighborhood disorder, subjective alienation, and distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 49-64.  
<https://doi:10.1177/002214650905000104>.

Rowe J.W., & Kahn R.L. (1998). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.

<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

Sánchez-Ruiz, F., De la Cruz-Mendoza, F., Cereceda-Bujaico, M., & Espinoza-Bernardo, S. (2014). Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un programa municipal. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75, 107-111.

<https://doi.org/10.15381/anales.v75i2.8382>

Sánchez González, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, (60), 97-114.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>

Shankar, A., McMunn, A., & Steptoe, A. (2010). Health-related behaviors in older adults: Relationships with socioeconomic status. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.08.026>

Shigematsu, R., Sallis, J.F., Conway, T.L., Saelens, B.E., Frank, L.D., Cain, K., Chapman, J.E., & King, A.C. (2009). Age differences in the relation of perceived neighbourhood environment to walking. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41, 314-321. doi: [10.1249/MSS.0b013e318185496c](https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318185496c)

Södergren, M., McNaughton, S. A., Salmon, J., Ball, K., & Crawford, D. A. (2012). Associations between fruit and vegetable intake, leisure-time physical activity, sitting time and self-rated health among older adults: cross-sectional data from the WELL study. *BMC Public Health*, 12, 1-9. doi:10.1186/1471-2458-12-551

Stamatakis, E., Grunseit, A., Coombs, N., Ding, D., Chau, J., Phongsavan, P., & Bauman, A. (2014). Associations between socio-economic position and sedentary behaviour in a large population sample of Australian middle and older-aged adults: The social, economic, and environmental factor (SEEF) study. *Preventive Medicine*, 63, 72-80. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.03.009>

Sundquist, K., Eriksson, U., Kawakami, N., Skog, L., Ohlsson, H., & Arvidsson, D.



- (2011). Neighborhood walkability, physical activity, and walking behavior: The Swedish Neighborhood and Physical Activity (SNAP) study. *Social Science and Medicine*. 72, 1266-73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.004>.
- United Nations. (2011) Department of economic and social affairs, population division, “*World Population Prospects: The 2010 Revision*”; complemented by national statistics publish in demographic year book, available for United Nation Statistics. <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>
- Van Holle, V., Van Cauwenberg, J., Van Dyck, D., Deforche, B., Van de Weghe, N., & De Bourdeaudhuij, I. (2014) Relationship between neighborhood walkability and older adults’ physical activity: Results from the Belgian Environmental Physical Activity Study in Seniors (BEPAS Seniors). *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 11. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0110-3>
- Vera-Romero, O. E., & Vera-Romero, F. M. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo Médico HNAAA*, 6. 41-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262712>
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39, 268-273.
- Weng, P. H., Chen, J. H., Chiou, J. M., Tu, Y. K., Chen, T. F., Chiu, M. J. ...Chen, Y. C. (2018). The effect of lifestyle on late-life cognitive change under different socioeconomic status. *PLOS ONE*, 13, 1-10. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0197676>
- Wilson, D. M. & Ciliska, D. (1984). Lifestyle assessment: Testing the FANTASTIC instrument. *Canadian Family Physician*, 30, 1863-6.

## **Apéndices**

## Apéndice A

### Cuestionario medición de NSE medido por AMAI

Favor de responder las siguientes preguntas.

Variable	Respuesta	Puntos
¿Cuántos baños completos hay en su casa?	0	0
	1	24
	2 o más	47
¿Cuál es el número de dormitorios de su casa?	0	0
	1	6
	2	12
	3	17
	4 o mas	23
¿Cuál es el Número de personas que trabajan, en su casa?	0	0
	1	15
	2	31
	3	46
	4 o más	61
¿Cuantos Autos tienen en su casa?	0	0
	1	18
	2 o mas	37
¿ Tiene internet en su casa?	No tiene	0
	Si tiene	31
¿Cuál es la escolaridad del Jefe de Hogar?	No estudio	0
	Primaria Incompleta	10

	Primaria Completa	22
	Secundaria Incompleta	23
	Secundaria Completa	31
	Carrera Comercial	35
	Carrera Técnica	35
	Preparatoria Incompleta	35
	Preparatoria Completa	43
	Licenciatura Incompleta	59
	Licenciatura Completa	73
	Diplomado o Maestría	101
	Doctorado	101
	Máximo Total	300

### **Puntos de Cortes de AMAI por NSE**

Nivel	Puntos de corte
A/B	205 a 300
C+	166 a 204
C	136 a 165
C-	112 a 135
D+	90 a 111
D	48 a 89
E	0 a 47

## Apéndice B

### Instrumento FANTASTIC

**(INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO: A continuación, se presentan una serie de frases, favor de seleccionar (clic) la opción que mejor aplique a usted.**

<b>Pregunta</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Yo realizó Actividad Física (caminar, subir escaleras, etc.)	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca
Yo hago ejercicio por lo menos 30 minutos (correr, trotar, caminar rápido, pesas, etc.)	3 o más veces x semana	1 vez x semana	No hago nada
Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida en el que participo	Casi siempre	A veces	Nunca
Como 2 porciones de verduras y tres de frutas	Todos los días	A veces	Nunca
A menudo consumo comida con mucho sal, azúcar o grasa (chatarra)	Ninguna de estas	Algunas de estas	Todas estas
Estoy pasad(a) de mi peso ideal	0 a 4 kilos de mas	5 a 8 kilos de mas	Más de 8 kilos
Yo fumo cigarrillos	No en los últimos 5 años	No en el último año	Si, en este año
Generalmente fumo X cantidad de cigarrillos	Ninguno	De 0 a 10	Más de 10

<b>Pregunta</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino o copas) por semana es de	0 a 7 tragos	8 a 12 tragos	Más de 12 tragos
Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión	Nunca	Ocasionalmente	A menudo
Manejo el auto después de beber alcohol	Nunca	Rara Vez	A menudo
Uso drogas como marihuana, cocaína, etc.	Nunca	Ocasionalmente	A menudo
Uso excesivamente remedios que me indican o me auto médico	Nunca	Ocasionalmente	A menudo
Bebo café, té o cola es decir bebidas con cafeína	Menos de 3 al día	De 3 a 6 al día	Más de 6 al día
Duermo bien y me siento descansado	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Me siento deprimido o triste.	Casi Nunca	A veces	A menudo
Yo me relajo y disfruto de mi tiempo libre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca
Me realizo controles de salud en forma periódica	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca

## Apéndice C

### Instrumento NEWS

**A continuación, se presentan una serie de frases acerca de un vecindario. Favor de leer detenidamente cada frase y seleccionar (clic) la que mejor describa su vecindario. Si la frase describe bien su vecindario seleccione **totalmente de acuerdo o algo de acuerdo**. Si por el contrario la frase no describe bien su vecindario favor de dar clic en **algo en desacuerdo o totalmente en desacuerdo**.**

<b>Uso del Terreno</b>	1	2	3	4
Puedo hacer la mayoría de mis compras en tiendas locales	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Las tiendas están a una distancia fácil de caminar desde mi casa	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hay muchos lugares para ir caminando a poca distancia de mi casa	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Es fácil caminar a una parada (autobús, metro) de mi casa	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
<b>Conectividad de la calle</b>				
La distancia para cruzar una avenida grande en mi vecindario generalmente es corta (10 metros o menos).	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hay muchas rutas alternas que puedo tomar para llegar de un lugar a otro en mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

<b>Infraestructura y seguridad para caminar</b>				
Hay aceras (banquetas) en la mayor parte de las calles de mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Las aceras de mi calle están bien mantenidas	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Los autos estacionados en mi vecindario separan las aceras de la calle.	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Mi vecindario generalmente está libre de basura	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
	1	2	3	4
Hay una franja de césped/ tierra que separa las aceras de las calles en mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Las calles de mi vecindario están bien iluminadas durante la noche	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Los peatones y los ciclistas en las calles de mi vecindario pueden ser fácilmente vistos por las personas desde sus casas.	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hay pasos peatonales y semáforos para ayudar a los que caminan, a cruzar las calles de mi vecindario.	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo



<b>Estética de las calles</b>	1	2	3	4
Hay muchos árboles a lo largo de las calles en mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Los arboles proveen sombra en las aceras de mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hay muchas cosas interesantes para mirar mientras camino en mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hay muchos lugares naturales bonitos en mi vecindario (como jardines, vistas)	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hay casas/edificios bonitos en mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
<b>Los peligros del trafico</b>	1	2	3	4
Hay mucho tráfico a lo largo de las calles que hace que caminar sea difícil o no agradable en mi vecindario.	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
La velocidad del tráfico en la mayoría de las calles cercanas es usualmente lenta (48km/hra. o menos)	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
La mayoría de los conductores exceden (sobrepasan) el límite de velocidad cuando manejan en mi vecindario	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

En mi vecindario hay pasos peatonales y/o señalamientos que ayudan al peatón a cruzar la calle.	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
<b>Delitos</b>	1	2	3	4
Existe mucha criminalidad (delitos, asaltos) en mi barrio	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
La criminalidad en mi vecindario hace inseguro salir a caminar durante el día	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
La criminalidad en mi vecindario la hace insegura para salir a caminar durante la noche	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
<b>Falta de Aparcamiento</b>	1	2	3	4
Encontrar estacionamiento es difícil en las áreas de los comercios locales	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
<b>Falta de callejones sin salida</b>	1	2	3	4
Las calles de mi vecindario no tienen muchos callejones sin salida	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
<b>Calles con pendientes</b>				
Las calles de mi vecindario son inclinadas (lomas) haciendo que mi vecindario sea difícil para	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

caminar				
<b>Barreras Físicas</b>				
Hay obstáculos importantes para caminar cerca de mi casa que hace que sea difícil ir de un lugar a otro (por ejemplo autopistas, vías del tren, ríos, etc.)	Totalmente Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

**Apéndice D****Ficha de datos sociodemográficos y de salud.****Favor de completar los siguientes datos personales.**

Folio: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ años cumplidos

Sexo: 1. Femenino \_\_\_\_ 2. Masculino \_\_\_\_\_

Número de años de escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Marital (vive con pareja): Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

En caso de estar jubilado señale que ocupación tuvo. \_\_\_\_\_

Señale las actividades principales que realiza o realizaba en su trabajo.

---

---

Horas de trabajo a la semana:

---

Cuántos días a la semana trabaja o trabajaba \_\_\_\_\_

¿En su trabajo cuántas personas tiene o tuvo a su cargo (reciben indicaciones de usted)?

¿Padece de alguna enfermedad crónica? 1. Si 2. No

En caso de contestar que si ¿qué enfermedad(es) padece?

---

---



**Apéndice E**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

**Título de proyecto: Estilos de Vida del Adulto Mayor de acuerdo con el nivel socioeconómico, ocupación y vecindario.**

**Autor: Melissa Mátar Lizcano**

La Lic. Melissa Mátar Lizcano ha solicitado mi participación en el estudio sobre estilos de vida en personas de mi edad. Me ha informado de que los datos que proporcione serán utilizados con fines científicos para obtener el grado de maestría en ciencias de enfermería.

El propósito de este estudio es describir y determinar la relación entre estilos de vida y vecindario.

Estoy informado de que los datos que se me solicitarán son aspectos relacionados a mi estilo de vida, incluyendo alimentación, actividad física, descanso, estrés, tabaquismo y alcoholismo, así como también preguntas relacionadas a mi entorno como la descripción de mi vecindario y de mi hogar, al igual que mi escolaridad y ocupación. Este estudio lo realiza la Lic. Mátar como requisito para obtener su grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

El estudio se está realizando en el área metropolitana de Monterrey a través de clínicas de salud universitarias y asociación AMA y Trasciende donde acuden adultos mayores como yo.

**Procedimiento:**

Si acepto participar, contestaré datos personales, el instrumento FANTASTIC sobre estilos de vida, datos sobre mi vivienda y trabajo y la Escala NEWS sobre el vecindario.

El llenado de esta encuesta es de aproximadamente 30 minutos.

El Comité de ética y de investigación autorizó realizar el estudio. Se invitará a todos los adultos mayores de 65 años que se encuentren orientados en tiempo y espacio y puedan caminar.

**Riesgos:**

Me ha explicado que no corro riesgos con mi participación en este estudio ya que las preguntas no se refieren a temas que me puedan alterar. No habrá intervención alguna. Los instrumentos se me aplicaran y solo la Lic. Mátar leerá mis respuestas y mi nombre no se vinculará a los cuestionarios los datos serán dados a conocer con fines científicos sin identificación de personas. Participar en este estudio no me genera ningún costo.

**Beneficios:**

No existe ningún beneficio para mí participación en el estudio, sin embargo, sé que en un futuro contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

**Compromisos del Investigador:**

Los datos que se obtengan en el estudio serán anónimos y la única persona que tendrá acceso a la información proporcionada será la Lic. Mátar.

Acepto que mi participación en el estudio es voluntaria. Por lo tanto, si decido participar estaré en libertad de retirarme en cualquier momento y no me veré afectado (a) de ninguna forma Si me siento indisposto durante el llenado de la encuesta podré suspenderla temporalmente. Si ya no deseo continuar lo suspenderé definitivamente.

**Consentimiento:**

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información de mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis dudas. Aunque estoy aceptando la participación en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

## **Resumen Autobiográfico**

Melissa Mátar Lizcano

Candidata para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO, OCUPACIÓN Y VECINDARIO

**LGAC:** Adaptación y funcionalidad ante el envejecimiento

**Biografía:** Nacida en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, el 03 de abril de 1994; hija mayor de Yussif Mátar Enríquez y Rosa Elisa Lizcano Rodríguez.

**Educación:** Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el año 2017. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2019-2021.

**Experiencia laboral:** Pasante de Servicio Social en atención primaria a la población en el Centro de Salud Los Cristales perteneciente a la Jurisdicción #3 de la SSNL.

email: melymatar@gmail.com